

**DIAGNOSEKRITERIEN DES ALKOHOLISMUS
EINE UNTERSUCHUNG AN ALKOHOLKRANKEN
UND EINER KONTROLLGRUPPE STATIONÄR
BEHANDELTEN PATIENTEN**

Peter Kerp

1978

AUS DEM MAX - PLANCK - INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Direktor: Prof. Dr. D. Ploog

" DIAGNOSEKRITERIEN DES ALKOHOLISMUS "
EINE UNTERSUCHUNG AN ALKOHOLKRANKEN
UND EINER KONTROLLGRUPPE STATIONÄR
BEHANDELTEN PATIENTEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
P e t e r K e r p
aus
Prien am Chiemsee

1977



1. Referent : Prof. Dr. med W. Feuerlein

2. Referent : Prof. Dr. med H. Hippius

Dekan : Prof. Dr. med W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung : 14. Februar 1978

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitender Überblick über die
Literatur
- 1.1. Notwendigkeit der Diagnosestellung
- 1.1.1. Identifikation des verborgenen
Alkoholismus
- 1.1.2. Differentialdiagnose anderer
Erkrankungen
- 1.1.3. Etablierung des Krankheitsbegriffes
- 1.1.4. Definition des Alkoholismus und
seiner Typen
- 1.1.5. Wissenschaftliches Arbeiten mit
Alkoholismus
- 1.2. Frühere diagnostische Ansätze und
Diagnose-Instrumente
2. "Diagnosekriterien des Alkoholismus"
und Fragestellung der vorliegenden
Untersuchung
3. Methoden der Untersuchung
- 3.1. Konstruktion der Fragebögen
- 3.2. Einzeluntersuchung - Vorgehen
- 3.3. Auswahl der Patienten - Außen-
kriterium

- 3.4. Beschreibung der untersuchten Kollektive
- 3.5. Verarbeitung der Untersuchungsbögen - Bewertungsbogen
- 3.6. Datenverarbeitung
- 4. Ergebnisse der Untersuchung
 - 4.1. Grunddaten der Untersuchung
 - 4.2. Validität der Criteria
 - 4.2.1. Beantwortungshäufigkeiten
 - 4.2.2. Differenzieren der Criteria
 - 4.2.3. Korrelation der Criteria mit der Diagnose Alkoholismus
 - 4.3. Verhalten der "Symptomenbereiche"
 - 4.3.1. Unterschiede bei beiden Gruppen
 - 4.3.2. Korrelation der "Symptomenbereiche" mit der Diagnose
 - 4.4. Criteria als Diagnose-Schema
 - 4.4.1. falsch negativ diagnostizierte Patienten
 - 4.4.2. falsch positiv diagnostizierte Patienten
 - 4.4.3. Haupt- und Nebenkriterien
 - 4.4.4. Diagnose-Ebenen
 - 4.4.5. Interkorrelationen der Criteria
 - 4.4.6. Reduzierung der Criteria-Anzahl

- 4.5. Einflüsse der Methodik auf die
 Ergebnisse
- 4.5.1. Mehrfachvertretung von Criteria
 durch Items unterschiedlichen
 Inhalts
- 4.5.2. Mehrfachvertretung von Criteria
 durch Items gleichen Inhalts in
 verschiedenen Untersuchungsschritten
- 4.5.3. Formulierung der Items
- 4.5.4. Zuverlässigkeit der Daten
- 4.5.4.1. Lügenitems aus dem FTI
- 4.5.4.2. Vergleich Selbst- und
 Fremdbeurteilung
- 5. Diskussion
 gleiche Reihenfolge wie Ergebnisse
- 6. Schlußbemerkung
- 7. Zusammenfassung
- 8. Literaturverzeichnis
- 9. Anhang

1. Einleitender Überblick über die Literatur

Die Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland stellt fest, daß sich von 1969-1975 die Zahl der Alkoholkranken verdreifacht hat. Wenn man 1969 mit 600 000 Alkoholikern in der Bundesrepublik rechnete, so muß man heute mit 1,5 bis 1,8 Millionen rechnen, wobei zum Teil wesentlich höhere Zahlen angegeben werden. (41) Bei einer Repräsentativbefragung der Gesamtbevölkerung von Bremen 1973 (110) ergab sich eine Globalzahl von 1,6 - 2,0% Alkoholikern. DE LINT (69) gab 1971 an, daß in der Bundesrepublik einschließlich West-Berlin 3978 von 100 000 Einwohnern, die älter als 15 Jahre sind, einen geschätzten Alkoholkonsum von mehr als 150 ml reinem Alkohol am Tag hätten. Die Aufnahme in psychiatrische Kliniken Bayerns wegen Alkoholismus bei Patienten unter 25 Jahren stieg von 1972-1974 um fast 100%. (99) All diese Zahlen sind wahrscheinlich unter Berücksichtigung einer erheblichen Dunkelziffer zu niedrig angesetzt. Schon 1972 gab HIPPIUS (52) bei Berücksichtigung einer Dunkelziffer von 50% eine Alkoholismus-Prävalenz von 2% an. Da durch einen Alkoholkranken nicht nur er selbst sondern seine Familie und nähere Umgebung stark in Mitleidenschaft gezogen werden, konnte KIELHOLZ (64) von 4% der Gesamtbevölkerung sprechen, die direkt oder indirekt unter Alkoholismus leiden. Betrachtet man diese Zahlen, so muß man denen zustimmen, die die chronische Alkoholabhängigkeit als das größte sozialmedizinische Problem bezeichnen. (53)

1.1. Notwendigkeit der Diagnosestellung

1.1.1. Identifikation des verborgenen Alkoholismus

Als eine Schwierigkeit bei der Feststellung der Prävalenz des Alkoholismus in der Gesellschaft nennt FEUERLEIN (31) die Diagnosestellung. Gerade dies scheint aber gewöhnlich kein Problem, darzustellen. Einen Alkoholkranken kann doch jeder etwas vorgebildete Laie als solchen erkennen. STONE (104) schreibt hierzu: "Jeder weiß, was Alkoholismus ist, bis man ihn danach fragt. Jeder weiß, wer ein Alkoholiker ist, bis Sicherheit verlangt wird. Diese Augustinischen Feststellungen sollen die Schwierigkeiten zusammenfassen, die klinischen Untersuchern des Alkoholismus gegenüberstehen, die nach genauen Methoden zur Entdeckung von Alkoholismus und zur Bestimmung seines Schweregrades suchen."

Gerade bei der Aufdeckung des verborgenen Alkoholismus ist eine exakte Diagnosestellung von großer Bedeutung. (25) Dem Praktischen Arzt bzw. dem Arzt für Innere Medizin stellt sich im Alltag allzu häufig das Problem, Alkoholmißbrauch als Ursache von inneren Erkrankungen zu erkennen. (27, 45)

1.1.2. Differentialdiagnose anderer Erkrankungen

LINDNER schreibt 1971 (67) über eine Anzahl klinischer Erkrankungen, deren alkoholische Ursache häufig unbekannt ist. So wird die Frage nach der Diagnosestellung des Alkoholismus für die breite Masse der klinisch tätigen Ärzte zu einem vorranglichen Problem. 1975 schreibt REICH (91): "Da der Alkoholismus ubiquitär ist, ist eine Routineuntersuchung der Patienten auf Alkoholabusus notwendig und trägt einen wichtigen Teil

zum ersten klinischen Gespräch bei." Auch die von FEUERLEIN (34) beschriebenen psychiatrischen Folgekrankheiten des chronischen Alkoholismus bedürfen zur Abtrennung von anderen psychiatrischen Krankheitsbildern einer sicheren Diagnosestellung des Alkoholismus. Diese differentialdiagnostischen Probleme ergeben sich nicht zuletzt daraus, daß der Alkoholkranke in unserer Gesellschaft nicht mehr nur als der Säufer oder Pennbruder auftritt. Diese Fixation auf den Alkoholiker als sozial ausrangierten Menschen (7) erklärt, warum gemeinhin die Diagnose Alkoholismus als so leicht zu stellen betrachtet wird. Nach CHAFETZ (13) übersehen wir aber dabei 95% aller Alkoholkranken, nämlich die, die in scheinbar geordneten Verhältnissen leben.

1.1.3. Etablierung des Krankheitsbegriffes

Wolle man auf die Krankheit Alkoholismus aufmerksam machen, schreibt CHAFETZ, müsse man in der Lage sein, die Parameter dieser Krankheit genau zu beschreiben. Dies ist auch in der Verteidigung des Krankheitsbegriffes Alkoholismus dringend nötig. Obwohl TROTTER bereits 1788 in seiner bemerkenswerten Studie "An Essay, medical, philosophical, and chemical, on drunkenness, and its effects on the human body" (107) feststellt, daß Trunksucht strenggenommen eine Krankheit sei, wird dies auch heute noch und zum Teil heute wieder in Frage gestellt. (68) Der Begriff "chronischer Alkoholismus" ist 1852 von MAGNUS HUSS geprägt worden (56), der diesen als die "Seuche der Zivilisation" bezeichnet. Zwar hat das Bundessozialgericht in Kassel in einer Grundsatzentscheidung den Alkoholismus 1968 zur Krankheit im Sinne der RVO erklärt (AZ 3 RK 63/66), im Bewußtsein vieler Ärzte

aber ist Alkoholismus nach wie vor eine schlechte Angewohnheit oder die Folge von Haltlosigkeit und Verwahrlosung. (39) Zur Beantwortung der Frage: "Alkoholismus, eine Krankheit?" (FEUERLEIN 31), bedarf es einer exakten Diagnosestellung.

1.1.4. Definition des Alkoholismus und seiner Typen

Die Definition der Krankheit Alkoholismus ist ebenfalls von diagnostischen Parametern abhängig. So setzt die umfassende Definition von JELLINEK einige diagnostische Information voraus: "Unter Alkoholismus versteht man jeglichen Gebrauch von alkoholischen Getränken, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden einen Schaden zufügt." (58) In ihrer ausführlichen Definition des Alkoholismus beschreibt die WHO 1965 (16) mehrere Kardinalsymptome der Alkoholabhängigkeit. Nicht nur die Frage nach Alkoholismus oder nicht, sondern auch die nach Typ und Stadium des Alkoholikers sind von diagnostischem Interesse, hängt doch gerade davon die angestrebte therapeutische Konsequenz ab. (28, 98)

1.1.5. Wissenschaftliches Arbeiten mit Alkoholismus

Schließlich hängt das gesamte wissenschaftliche Arbeiten mit dem Begriff Alkoholismus von einer exakten Diagnosestellung ab. Bisher wird bei fast jeder Arbeit die Diagnosestellung bei den Methoden abgehandelt, da keine anerkannten Prinzipien bestehen. (47) BLANE (7) weist auch darauf hin, daß sich die Diagnosestellung auf subjektive Meinungen von Ärzten stütze, die durch das Auftreten und Verhalten der Patienten stark beeinflußt würden. Er konnte zeigen, daß zwischen subjektiver Diagnosestellung und exakter Diagnostik mit objektivierbarer Information ein deutlicher Unterschied besteht.

1.2. Frühere diagnostische Ansätze und Diagnose-Instrumente

Ausgehend von der Überlegung, objektivierbare Daten zu gewinnen, wird seit langer Zeit versucht, Symptommuster bzw. Syndrome festzulegen, die die Diagnose Alkoholismus stellen lassen. Bei den somatischen Krankheitssymptomen wird schon im letzten Jahrhundert versucht, die Ursache Alkoholmißbrauch festzulegen. So berichtet BOLLINGER 1884 (9) über die alkoholische Verursachung der idiopathischen Herzhypertrophie in München. Er beschreibt dabei unter anderen Arteriosklerose und Hepatitis bzw. Leberzirrhose als alkoholische Folgekrankheiten. Rechnet man den von BOLLINGER angegebenen pro-Kopf-Verbrauch an Bier in der Stadt München auf reinen Alkohol um, so erhält man 13 l/Jahr, was sich fast mit dem Verbrauch in der Bundesrepublik 1974 deckt. AUFRECHT beschreibt 1895 (3) ebenfalls organische Erkrankungen und führt sie bereits auf den Gehalt an Alkohol zurück unabhängig von der Darreichungsform. Abgesehen von diesen sporadischen Bemerkungen über Einzelsymptome bei Alkoholabusus fehlen Informationen über die Diagnose von Alkoholismus bis 1940 fast völlig. Der entscheidende Anstoß zur Identifikation von Alkoholkranken kam aus den Vereinigten Staaten von Amerika. 1946 veröffentlicht JELLINEK (57) eine Liste von 42 Symptomen basierend auf einer Fragebogenaktion unter 2000 Angehörigen der Anonymen Alkoholier. Es sind dies Symptome des psychologisch-psychiatrischen Bereichs, als einziges somatisches Symptom ist das Zittern enthalten. Die Symptome sind in drei Phasen aufgeteilt und beziehen sich, wie das Zustandekommen der Liste erklärt, auf Beobachtungen, die der Kranke an sich macht. Ein Großteil dieser Symptome kehrt abgewandelt in den meisten folgenden Diagnosehilfsmitteln wieder. Ebenfalls 1946 veröffentlicht

SELIGER seinen Fragebogen: "Are you an alcoholic;", der 35 offene Fragen über das Trinkverhalten stellt. MANSON (74) legt 1949 seinen Test nicht deswegen vor, weil man ohne ihn keine Diagnose stellen könnte, sondern er will ein objektivierbares Instrument bieten, mit dem die Diagnose in kurzer Zeit gestellt werden kann. Dieser "Alc-Add Test" ermöglicht die psychometrische Differenzierung von Alkoholikern und Nichtalkoholikern. Er enthält 60 Fragen, die alle entfernt mit Trinken verbunden sind. Die 60 Fragen erweisen sich als ein gut trennendes Instrument. Zusätzlich enthält der Test fünf Cluster (Symptombereiche), die als Inhalt anderer Beurteilungskriterien bei anderen Autoren wiederkehren. In der Folgezeit überwiegen bei den diagnostischen Tests die aus dem psychologischen Bereich. Es sind dies zum größten Teil Fragebögen, die sich mit der Persönlichkeit des Alkoholikers auseinandersetzen. Sie basieren auf dem "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" und verwenden jeweils eine ausgewählte Anzahl von Items. (46,55,71,72,97) Diese Tests beherrschen für etwa 10 Jahre die diagnostische Szene. Die Fragen enthalten zum Teil die Erwähnung des Trinkens, sind aber zum Teil auch völlig unabhängig davon. 1962 gibt BLANE in der schon zitierten Arbeit (7) eine Liste von Symptomen an, die er Criteria nennt. Sie unterscheiden sich von den rein psychologischen Betrachtungen deutlich. Alkoholfahne oder Arbeitsplatzverlust tauchen als Symptome aus dem somatischen bzw. soziologischen Bereich auf. Allerdings bringt eine Formulierung wie "Anwesenheit von physischen Symptomen, die gewöhnlich mit chronischem Alkoholismus assoziiert sind" auch keine Klarheit. STONE (104) geht 1965 einen anderen Weg. Er legt ein Interview vor, das standardisiert ist, und in das die verschiedensten Items eingebaut sind. Sie stammen aus den Bereichen Gesundheit, soziale Umwelt und Trinkverhalten. Mit Hilfe einer Skala kann der Schweregrad des Alkoholismus ermittelt werden.

1967 gibt HORN (54) ein "Drinking History Questionnaire" heraus, das sich ausschließlich mit Fragen des Trinkverhaltens befaßt. Der "Michigan Alcoholism Screening Test" von SELZER (102) bringt 1971 eine Liste von 25 Items, die neben Fragen des Trinkverhaltens auch die Fragen nach Morgendlichem Trinken, Black out, Leberzirrhose, Delirium tremens stellen. Der MAST ist der erste Fragebogen, der in gewisser Vollständigkeit organische und psychologische Symptome angibt; Die Diagnose Alkoholismus könne mit diesem Test sehr zuverlässig werden, während bei dem gewählten Trennpunkt die Anzahl der falsch diagnostizierten Kontrollpersonen relativ groß sei. Im Jahr 1972 erscheinen die "Criteria", auf die sich die vorliegende Untersuchung stützt; auf sie wird im nächsten Kapitel eingegangen. Ebenfalls 1972 legt POKORNY (90) einen verkürzten MAST mit 10 Fragen vor und zeigt, daß dieser ebensogute Ergebnisse, wie der von SELZER angegebene Test, liefert. MOORE liefert ebenfalls gute Ergebnisse mit dem MAST. (79) Bei einer Vergleichuntersuchung verschiedener Alkoholiker-Typen verwendet RIMMER (92) ebenfalls Symptome aus dem somatischen und soziologischen Bereich. Aus der Itemliste, die GUZE (48) verwendet, wird deutlich, wie sehr sich die Items allmählich ähneln. Es kristallisieren sich Items heraus, die zur Trennung von Alkoholikern und Nichtalkoholikern geeignet sind, und diese tauchen dann in fast allen Untersuchungen wieder auf. Gegenüber dieser Systematisierung in Amerika finden sich in Europa noch 1972 Tests, die lediglich auf organischen Befunden aufgebaut sind. BENJAFIELD (6) hält nur Laborwerte für dazu geeignet, zwischen Alkoholikern und Nichtalkoholikern zu trennen. FOLDENAUER (40) gibt einen Parameter des peripheren Blutbildes als Diagnosekriterium an. Im deutschsprachigen Raum nennt LINDNER (67) "Klinische Zeichen" für Alkoholismus, die aber ebenso wie die "Anamnестischen Kriterien" von MÜLLER (81) keiner Kontrolluntersuchung

unterzogen werden. 1964 hat in Südtirol LUTTEROTTI (70) Frühsymptome des chronischen Alkoholismus angegeben und die Häufigkeiten ihres Auftretens bei Alkoholikern untersucht. Bemerkenswert ist, daß sich in Deutschland, wenn überhaupt, internistisch orientierte Ärzte mit dem Problem der Diagnose des Alkoholismus befaßt haben. In einigen psychiatrischen Kliniken werden Fragebögen verwendet, die Übersetzungen amerikanischer Vorbilder sind. Ein Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete ist seit einiger Zeit in Gebrauch und auch statistisch ausgewertet (FEUERLEIN 35). In Amerika setzt sich auch nach 1972 die Reihe der Veröffentlichungen über Diagnosehilfsmittel fort. PARK (87) verwendet bei seiner Vergleichsuntersuchung Amerikanischer und Finnischer Alkoholiker eine Itemliste, die weitgehend der von JELLINEK entspricht. 1974 erscheint "The CAGE Questionnaire" von MAYFIELD (75). Er führt sein Untersuchungsinstrument damit ein, daß zwar bisher viele Tests veröffentlicht wurden, daß aber keiner die Anforderungen in bezug auf Kürze, einfache Anwendungsweise, Sensibilität und Validität erfülle. Im CAGE Questionnaire sind in einen unverfänglichen Fragenkatalog von 16 Fragen die 5 CAGE Fragen eingewoben. Auch der MAST wird 1975 als "short MAST" von SELZER (103) erneut vorgelegt. Einen neuen Weg geht REICH (91) mit einem Screening Interview, das die Diagnose nach Abfragen einiger Items anzeigt, womit die Untersuchung abgebrochen werden kann. Fast alle der Arbeiten, die in Amerika in den 60ziger und 70ziger Jahren entstanden sind, sind durch statistische Untersuchungen auf ihre Validität und zum Teil auch Reliabilität hin gewertet worden.

2. "Diagnosekriterien des Alkoholismus" und Fragestellung der vorliegenden Untersuchung

Aus der Notwendigkeit heraus, eine Sammlung von Criteria zur Diagnostik des Alkoholismus festzulegen, ist vom National Council of Alcoholism ein Komitee aus 14 Experten gebildet worden, die 1972 ihre Ergebnisse als "Criteria for the Diagnosis of Alcoholism" (14) vorlegen.

Die Zielsetzung der Criteria ist es, "Richtlinien festzusetzen für eine geeignete Diagnosestellung und Bewertung dieser Krankheit." Als Ziele von diagnostischen Kriterien werden angegeben:

- die Natur einer Krankheit festzustellen
- die Früherkennung zu fördern
- eine einheitliche Nomenklatur festzusetzen
- eine ungerechtfertigte Diagnosestellung zu verhindern
- Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen
- prognostische Aussagen zu ermöglichen.

Das Hauptziel neben anderen der Criteria ist aber die Identifikation des Alkoholkranken. Hierzu werden Daten verwendet, die vom Patienten oder seiner näheren Umgebung leicht zu erhalten sind. In der Tab. 1 sind die originalen Criteria aufgeführt in der Reihenfolge und Ordnung, wie sie in der Arbeit abgedruckt sind.

Zur Unterteilung der Criteria zitiere ich die Verfasser:

"Die Daten sind gemäß dem Typ des Materials, das sie darstellen, zusammengestellt. Daher wurden Daten-"
"Spuren" getrennt: Spur I - Physiologisch und klinische Daten. Spur II - Daten aus dem Verhalten, der Psychologie oder der Einstellung zum Alkoholismus.....

Es besteht keine starre Gleichförmigkeit in der Entwicklung der Krankheit; weil die Frühdiagnose aber für die Behandlung und Ausheilung hilfreich zu sein scheint, sind die Manifestationen in frühe, mittlere

und späte unterteilt....;wir zogen es vor, die Daten zu gewichten und in drei Diagnoseebenen zu gruppieren, wobei diejenigen, die als 1 gewichtet wurden, die aussagekräftigsten sind. Diagnoseebene 1 : Klassisch, deutlich, obligatorisch - jemand, der dieses Criterion erfüllt, muß als Alkoholiker diagnostiziert werden.

Diagnoseebene 2 : Wahrscheinlich, häufig, hinweisend - jemand, der dieses Criterion erfüllt, steht unter strengem Verdacht des Alkoholismus. Ein weiterer unterstützender Beweis sollte zu erreichen versucht werden.

Diagnoseebene 3 : Möglich, zufällig - diese Manifestationen sind bei Alkoholikern weit verbreitet, geben aber von sich aus keinen strengen Verdacht auf ein Vorhandensein von Alkoholismus."

Zur Diagnosestellung wird eine Anweisung gegeben, die auf dem Vorhandensein von einer bestimmten Anzahl von Criteria beruht. Ein oder mehrere Hauptkriterien sind für die Diagnose ebenso ausreichend wie einige Nebenkriterien aus jeweils beiden Daten-"Spuren". Die praktische Konsequenz dieser Vorschrift ist in Abb.8 (Seite 48) dargestellt.

Neben diesen Criteria, die die Grundlage der vorliegenden Arbeit sind, behandelt der Artikel des Criteria Committee kurz die Frage der Natur des Alkoholismus; es folgen kurze Diskussionen des chronischen und periodischen Alkoholismus, der Kreuz-Abhängigkeit von verschiedenen Drogen und eine Liste der Personengruppen mit hohem Erkrankungsrisiko für Alkoholismus. Aus dem Artikel geht nicht hervor, wie die Liste der Criteria zu Stande gekommen ist, und ob sie einer experimentellen Untersuchung unterzogen worden ist. In einem Kommentar zur Veröffentlichung (100) ist allerdings von einer Gruppe "von 65 erfahrenen Medizinstudenten, die an der Entwicklung der Criteria

teilgenommen haben" die Rede. In diesem Kommentar ist auch noch einmal die Absicht herausgestellt, daß die Criteria die Frühdiagnose des Alkoholismus ermöglichen sollen. In der Antwort auf einen Leserbrief, der einige Widersprüche in den Criteria aufzeigt (61), gibt SEIXAS 1973 eine neue Definition der Diagnoseebene 1 :

"Dieses criterion ist klar mit Alkoholismus verbunden" und der Diagnoseebene 2 : "Dieses criterion lenkt strengen Verdacht auf Alkoholismus" (101).

Die vorliegende Arbeit versucht, die Criteria zu re-plizieren und auf deutsche Verhältnisse anzuwenden. Die Criteria sollen an deutschen Patienten validiert werden. Hierzu wird eine Gruppe von Alkoholkranken und eine Kontrollgruppe untersucht.

Die Hauptfragestellung dieser Arbeit ist es, zu klären, wie sich die untersuchten Gruppen von Nichtalkoholikern und Alkoholikern unterscheiden, und wie sich die durch die Criteria festgestellten Unterschiede zur Beschreibung und Wertung dieser Criteria heranziehen lassen. Als Einzelfragen ergeben sich daraus:

- Wie unterscheiden sich die beiden untersuchten Gruppen hinsichtlich der Grunddaten?
- Wie häufig kommen die einzelnen Criteria bei den beiden Gruppen vor?
- Welche Criteria differenzieren zwischen beiden Gruppen?
- Welche Criteria haben Gültigkeit für die Diagnose Alkoholismus?
- Wie unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich von "Symptomenbereichen"?
- Haben diese "Symptomenbereiche" Gültigkeit für die Diagnose Alkoholismus?

Neben diesen Fragen wird versucht, noch andere Fragestellungen zu beantworten, die sich einerseits aus der Criteria-Arbeit ergeben, andererseits durch die Methodik dieser Arbeit selbst aufgeworfen werden.

Die Criteria-Arbeit stellt den Anspruch, ein Diagnose-Schema zu sein, und gibt für die Diagnosestellung zum

Teil sehr detaillierte Anweisungen. Es soll in dieser Arbeit auch versucht werden, eine Antwort auf die Frage zu geben, ob sich die Criteria als Diagnose-Schema eignen. Zu diesem Zweck soll bei den untersuchten Personen die durch das Außenkriterium gestellte Diagnose mit der verglichen werden, die sich bei Anwendung der Criteria-Arbeit ergibt. Außerdem wird versucht, die differenzierte Unterteilung der Criteria mit Hilfe der Daten der Untersuchung zu überprüfen. Schließlich drängt sich bei der Vielzahl der Criteria die Frage auf, wie diese voneinander abhängen, und ob sich die Anzahl für ein gebrauchsfähiges Diagnose-Schema verringern ließe.

Als Untersuchungsmethode wird die wörtliche Übersetzung der Criteria angewandt. Einzelne pauschalisierte Criteria werden allerdings in inhaltlich verschiedene Items unterteilt. Ebenso werden zur Verdeutlichung eines Criterions verschiedentlich mehrere Items gleichen Inhalts aber unterschiedlicher Formulierung angewandt. Auffälliger Unterschied einer Anzahl von Items ist, ob in ihrer Formulierung der Begriff "Alkohol" erwähnt wird oder nicht. Es ergibt sich die Frage, welchen Einfluß die beschriebenen methodischen Probleme auf die Ergebnisse haben.

Bei der vielfach erwähnten Verleugnungstendenz der Alkoholiker stellt sich letztlich auch die Frage nach der Zuverlässigkeit der in der Untersuchung erhobenen Daten. Hierzu werden die mituntersuchten Lügenitems aus dem FPI und ein Vergleich von Items gleichen Inhalts aber unterschiedlichen Befragungsmodus ausgewertet.

3. Methoden der Untersuchung

3.1. Konstruktion der Fragebögen

Zuerst mußten die Criteria in ein geeignetes Untersuchungsinstrument umgeformt werden; hierbei galt es nun, sich einerseits so genau wie möglich an die Vorlage der Criteria zu halten, andererseits aber ein Instrument zu entwickeln, mit dem die Untersuchung praktikabel durchgeführt werden konnte.

Eine reine Selbstbefragung, wie sie häufig angewandt wird, schied wegen der großen Anzahl der somatischen Criteria, die dem Laien unverständlich sind, von vornherein aus. Um aber auf die Ergebnisse, die aus der Selbstbeurteilung der Alkoholkranken für die Untersuchung anfallen würden, nicht verzichten zu müssen, wurde eine Kombination aus Fremd- und Selbstbeurteilung gewählt. Die Untersuchung umfaßte schließlich drei Teile: 1. der dem Patienten vorgelegte Selbstbeurteilungsfragebogen bestehend aus 60 Einzelfragen. 2. das Interview, das sich an einem Fragebogen von 83 Einzelfragen orientierte (semistandardisiertes Interview). 3. die Daten, die während dieses oder eines früheren Krankenhausaufenthaltes in der Krankengeschichte festgehalten worden waren, wurden auf einen Fragebogen mit 105 Einzelfragen übertragen.

Um möglichst viele Informationen zu erhalten, wiederholen sich die Einzelfragen in den verschiedenen Untersuchungsabschnitten, soweit es die Natur der Frage zuläßt.

Der Fragebogen, der die Daten der Krankengeschichte erfaßt, war relativ leicht zu erstellen; er wird im folgenden FBF-K genannt. In ihm folgen hintereinander die neurologischen Befunde, dann der Leberstatus, Symptome von Pankreatitis und Gastritis,

dann die Blutwerte und Vermerke über Myopathien, Kardiomyopathien oder Vitaminmangelkrankungen, äußere Zeichen von Alkoholabusus, psychiatrische Symptome, schließlich eine große Reihe von Laboratoriums- und klinischen Hilfsuntersuchungen. Bei diesem Fragebogen halten sich die einzelnen Punkte streng an die Vorlage des Originals. Lediglich bei "chronische Gastritis" wurde unterteilt in "gastroskopisch gesicherte Gastritis" und "morgendliches Erbrechen", wobei letzteres als fraglich vorhandene Gastritis gewertet wurde. Falls in der Originalarbeit unter einem Criterion mehrere verschiedene Subitems subsummiert waren, wurden diese in den Fragebögen getrennt aufgeführt und nach den später zu besprechenden Bewertungsrichtlinien wieder zu dem Criterion addiert. Ebenso wurden bei Begriffen, die in der Originalarbeit nur sehr knapp dargestellt sind, zur besseren Definition und Beurteilung Subitems eingeführt. So wurde das Criterion "skid row" = "Asozialen Status" durch die Subitems "Zeichen äußerer Verwahrlosung, keine geregelte Arbeit, sehr primitive Wohnung" abgedeckt, wobei für das Vorhandensein von "skid row" zwei der Unterpunkte sicher vorhanden sein mußten. Die bei der Bewertung der Laborwerte als sicher erhöht geltenden pathologischen Werte richteten sich nach den jeweiligen Laboratorien und sind in der Tabelle 2 zusammengestellt. Bei der Bewertung des Criteria "Delirium tremens" hielten wir uns an die Definition der Criteria-Experten, nach der zu einem "Delirium tremens" mindestens "Tremor, Desorientiertheit und Halluzinationen" gehören müssen.

Der Untersuchungsbogen, der dem Interview zugrunde lag, FBF-E, weist bereits größere Abweichungen von der Criteria-Originalarbeit hinsichtlich Formulierung und Systematik auf. In ihm sind die Items nach praktischen Gesichtspunkten der Exploration geordnet. Der Untersuchte wird vom Untersucher beginnend mit dem Komplex Arbeitswelt und Familie, über klinische Alkoholbeschwerden, an-

schließlich über Alkoholkonsum, Trinksitten und deren Konsequenzen und abschließend über seine psychische Situation exploriert. Auch hier wurden die Criteria, die eine Vielzahl von Erscheinungen enthielten, aufgegliedert. Außerdem mußten verschiedene Criteria der Originalarbeit streng definiert werden. So wurde das Criterion "medizinische Entschuldigungen für Arbeitsunfähigkeit" als sicher vorhanden angenommen, wenn der Untersuchte mehr als zweimal im Jahr krankgeschrieben war. Das Criterion "Wahl von Arbeitsplätzen, die den Alkoholkonsum erleichtern" wurde streng nur auf Personen angewandt, die mit der Produktion und dem Vertrieb von Alkohol direkt zu tun haben. Das Criterion "häufiger Wohnungswechsel ohne plausible Gründe" galt als sicher vorhanden bei mehr als zwei Umzügen in fünf Jahren. Das Criterion "häufige Kfz-Unfälle" wurde als sicher vorhanden gewertet bei mehr als zwei Unfällen in drei Jahren, wobei der Untersuchte selbst Fahrer war, und ein Schaden von mindestens DM 1000,-- verursacht wurde, unabhängig von der Schuldfrage. Für das Criterion "Häufung von Infektionskrankheiten" wurde gefordert, daß der Untersuchte häufiger als einmal im Jahr wegen einer Infektionskrankheit arbeitsunfähig war. Bei der Feststellung des Alkoholkonsums wurden die einzelnen Getränke nach Tabelle 3 bewertet. Das Criterion "chronische Gastritis" wurde ebenso wie in dem Untersuchungsbogen FBF-K aufgeteilt. Bei dem Criterion "morgendliches Trinken" wurde das Verhalten der Arbeitskollegen mitberücksichtigt. Ein Trinken vor oder zum Frühstück galt als pathologisch, während ein Trinken am Vormittag bei frühem Arbeitsbeginn und Frühstück nicht als "morgendliches Trinken" gewertet wurde. Die Abfolge der Items für die Exploration lag auf einem Fragebogen fest, lediglich die individuelle Exploration unterlag Variationen, die allerdings so gering wie möglich gehalten wurden. Die größten Abweichungen vom Criteria-Original brachte naturgemäß der Fragebogen, der dem Patienten zur Selbstbeurteilung vorgelegt wurde. Hier

mußten aus den Criteria Fragen formuliert werden, die der Untersuchte eindeutig verstehen und möglichst richtig beantworten konnte. Wichtig war es hier, Mißverständnissen vorzubeugen, andererseits aber die Fragen so präzise wie möglich zu formulieren, damit sie die Criteria voll abdeckten. Da die Selbstbeurteilung des Alkoholkranken ein zentrales Problem darstellt, mußte bei der Konstruktion des Fragebogens auch der eventuellen Verleugnungstendenz des Untersuchten Rechnung getragen werden. Die Items sind in Tabelle 4 aufgeführt, wobei die Fragen des Selbstbeurteilungsbogens, die zu einem Criterion gehören, bei diesem zusammen dargestellt sind. Zur Kontrolle der Glaubwürdigkeit der gemachten Aussagen wurden in den Selbstbeurteilungsfragebögen 14 Lügenitems aus dem Freiburger Persönlichkeitsinventar eingestreut (Tabelle 5). Der Untersuchte konnte auf alle Fragen die drei Antworten "ja", "weiß nicht" oder "nein" geben; bei einzelnen Fragen, die es erforderlich machten, war auch die Kategorie "entfällt" vorgesehen. Der Untersuchte wurde allerdings angehalten, sich so oft als irgend möglich zwischen "ja" und "nein" zu entscheiden.

In den Untersuchungsbögen FBF-K und FBF-E, die sich auf die Daten der Krankengeschichte und des Interviews stützten, waren fünf Antwortkategorien vorgesehen. Dies sind: sicher vorhanden, fraglich vorhanden, nicht vorhanden, unbekannt, entfällt. Die Kategorie unbekannt wurde vor allem bei Items im FBF-K verwandt, wenn die zu Grunde liegenden Daten nicht erhoben worden waren. Für die Kategorie entfällt war vorausgesetzt, daß der angesprochene Tatbestand bei dem Patienten nicht vorliegen konnte, z.B. Streit mit dem Ehepartner, bei immer allein lebenden Patienten.

3.2. Einzeluntersuchung - Vorgehen

In einer Sitzung wurde dem Untersuchten zuerst der Selbstbeurteilungsfragebogen vorgelegt und ihm erklärt, wie er diesen auszufüllen habe. Nachdem der Patient den SBF vollständig ausgefüllt hatte, begann die Exploration. Diese hielt sich, wie schon oben erwähnt, an den Untersuchungsbogen FBF-E, wobei aber eine zusammenhängende Schilderung von seiten des Patienten in gewissen Grenzen nicht unterbrochen wurde. Nach Beendigung der Exploration wurden die Daten aus der Krankengeschichte des Patienten in den hierfür vorbereiteten Untersuchungsbogen FBF-K übertragen. Die Krankengeschichtenbezogenen sich meist auf den aktuellen Krankenhausaufenthalt, Befunde aus früheren Aufenthalten oder beigegebenen Arztbriefen wurden ebenfalls berücksichtigt. Zurückliegende Laboratoriumsuntersuchungen wurden, wenn sie mit aktuellen nicht übereinstimmten, nicht gewertet. Frühere Laboratoriumsuntersuchungen konnten zum Teil schon deswegen nicht berücksichtigt werden, da die Normalwerte dieser Untersuchungen in anderen Krankenhäusern nicht bekannt waren. Die Qualität der Daten der Krankengeschichten differierten natürlich von Fall zu Fall, einerseits wegen des unterschiedlichen Intervalls zwischen Krankenhausaufnahme und Untersuchung im Rahmen dieser Arbeit, andererseits wegen der unterschiedlichen Anfertigung von Labor- und anderer Hilfsuntersuchungen auf den verschiedenen Abteilungen des bezogenen Krankenhauses. Die Patienten wurden unter vier Augen in einem geschlossenen Raum untersucht, die Alkoholkranken zumeist am Vormittag, die Mitglieder der Kontrollgruppe über den ganzen Tag verteilt.

Die Motivation der Patienten war unterschiedlich. Allen war mitgeteilt worden, daß es sich um eine wissenschaftliche Untersuchung handelte, wobei aller-

dings ein Teil der Alkoholkranken dies nicht unbedingt realisierte, sondern die Untersuchung als zur "Routine" gehörend betrachtete. Die Mitglieder der Kontrollgruppe mußten gebeten werden, an der Untersuchung teilzunehmen; allerdings kam es bei 80 untersuchten Kontrollpersonen nur in zwei Fällen zu einer Ablehnung vor Beginn der Untersuchung.

3.3. Auswahl der Patienten - Außenkriterium

Bei den zu untersuchenden Alkoholkranken handelte es sich um männliche Patienten, die wegen einer internistischen oder chirurgischen Indikation in ein großes städtisches Krankenhaus eingewiesen worden waren. Die Einweisung war zum Teil über den Hausarzt, zum anderen Teil über den Notarzt ergangen. Bei entsprechendem Verdacht wurden die Patienten des betreffenden Krankenhauses unserer psychiatrischen Poliklinik zur Konsultation vorgestellt. Alle Patienten, die in dem Untersuchungszeitraum als Alkoholkranke eindeutig diagnostiziert waren, wurden so schnell als möglich nach der Diagnosestellung in diese Untersuchung einbezogen. Eine Auswahl wurde nicht vorgenommen, es wurden lediglich solche Patienten nicht berücksichtigt, bei denen die Untersuchung durch Schwerhörigkeit, extreme Einschränkung der Sehfähigkeit oder Nichtverstehen der deutschen Sprache unmöglich zu sein schien. Das Außenkriterium "Alkoholkranker" wurde für jeden Fall klinisch von den Ärzten der Poliklinik festgelegt.

Die Mitglieder der Kontrollgruppe waren alle Patienten des gleichen städtischen Krankenhauses. Ihre Auswahl war in erster Linie an dem Außenkriterium "kein Verdacht auf Alkoholmißbrauch oder Abhängigkeit" ausgerichtet. So wurden im Untersuchungszeitraum auf den allgemeinen Männerstationen des Krankenhauses

die Patienten, bei denen kein Verdacht auf Alkoholabhängigkeit oder eine Alkoholfolgekrankheit bestand, aufgelistet und der Reihe nach untersucht. Das Außenkriterium wurde in diesem Fall von den jeweiligen Stationsärzten unter Hinzuziehung weiterer Informationen wie z.B. Aussagen des Pflegepersonal, gestellt. Eine weitere Einschränkung der Zufälligkeit war das notwendige Einverständnis der zu Untersuchenden. Dies wurde aber fast ausnahmslos gegeben. Gegen Ende der Untersuchung kam als weitere Einschränkung der Zufälligkeit hinzu, daß Personen einer gewissen Altersgruppe ausgewählt werden mußten, da wir bestrebt waren, die Gruppe der Kontrollpersonen altersmäßig mit der Gesamtstichprobe der Alkoholkranken zu parallelisieren. Das Außenkriterium der Nichtalkoholkranken wurde sehr streng gestellt. Patienten, von denen im Krankenhaus ein Alkoholkonsum über je eine Halbe Bier zum Mittag- und Abendessen bekannt war, wurden ebenso ausgeschlossen, wie solche, bei denen einschlägige Folgekrankheiten vorlagen, es sei denn, die Ätiologie solcher Erkrankungen war eindeutig als nicht alkoholisch erklärt.

3.4. Beschreibung der untersuchten Kollektive

Für diese Arbeit wurden 40 alkoholranke Personen selbst untersucht, die Daten von weiteren 80 Alkoholkranken stammen aus der Untersuchung von ROLLE (96) und wurden nach den gleichen Fragebögen untersucht. Bei dem Vergleich Alkoholranke zu Kontrollpersonen werden die Zahlen der gesamten Alkoholkranken-Population, d.h. 120 Untersuchte, verwendet, wobei auf die Daten der 40 selbst untersuchten Patienten besonders hingewiesen wird. Bei der auslesefreien Untersuchung der Alkoholiker in der Poliklinik ergab sich eine Altersverteilung mit einem

deutlichen Gipfel der 31-40jährigen, die 60% der Untersuchten stellten. Die Gruppen der 20-30 und 51-60jährigen stellen je etwa 10%, während die Gruppe der 41-50jährigen ca. 20% der Untersuchten ausmacht. Da die Altersverteilung in den beiden von ROLLE untersuchten Gruppen von Alkoholkranken einige Unterschiede aufweist, die besonders eine Verschiebung des Altersgipfels zu höheren Lebensaltern aufweisen, ist bei der gesamten Population von Alkoholkranken die Altersverteilung zu höheren Lebensaltern verschoben. Der Gipfel liegt ebenfalls bei der Gruppe der 31-40jährigen, die 47% ausmacht, während die Gruppe der 41-50jährigen 25% einnimmt. Die restlichen 28% verteilen sich zu gleichen Teilen auf die Gruppen der 20-30 und 51-60jährigen (Abb.1,2).

Auf diese verschobene Altersverteilung wurde die Auswahl der 80 untersuchten Nichtalkoholkranken ausgerichtet.

Abb.: 1.

Altersverteilung der untersuchten Alkoholkranken

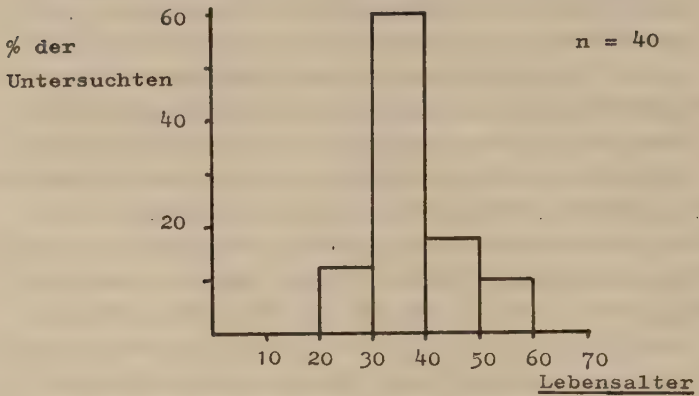
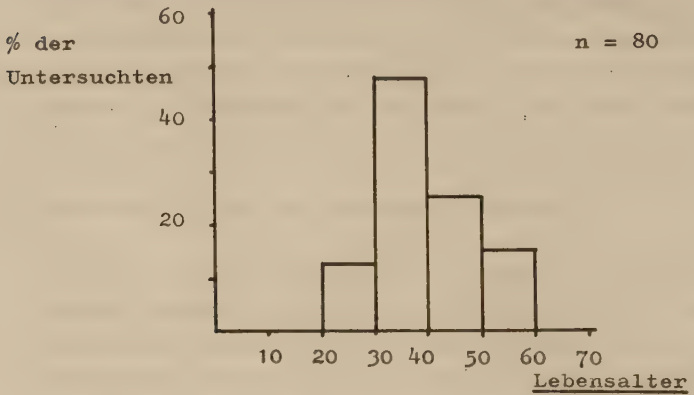


Abb.: 2.

Altersverteilung der untersuchten Kontrollpersonen



Bei allen selbst untersuchten Patienten, sowohl Alkoholkranken als auch Nichtalkoholkranken, handelte es sich um Patienten des gleichen großen Krankenhauses. Allerdings waren die Patienten auf unterschiedliche Weise in dieses Krankenhaus gelangt. Bei den Alkoholkranken waren 40% über ihren Hausarzt, 35% über den Notarzt und 15% über die Polizei eingewiesen worden. Von den Kontrollpersonen waren 60% vom Hausarzt und 30% vom Notarzt eingeliefert worden. Bei den verbleibenden 10% war der Einweisungsmodus gemischt oder nicht klar. Die akuten Einlieferungssituationen waren bei den Alkoholkranken besonders Selbstmordversuche, Aggressionshandlungen oder deutliche Vergiftungserscheinungen, bei den Nichtalkoholkranken Unfälle im Verkehr, am Arbeitsplatz oder in der Freizeit, der Jahreszeit gemäß vor allem Skiunfälle. Die übrigen Einweisungen, besonders die der Hausärzte, erfolgten bei beiden Gruppen aufgrund bestehender Erkrankungen. Auch der Anteil der bei der Aufnahme akut lebensbedrohlich gefährdeten Patienten war in beiden Gruppen in etwa gleich.

Die selbst untersuchten Alkoholkranken gehörten zu 60% der Gamma-Alkoholiker Gruppe nach JELLINEK (59), zu 35% der Gruppe der Delta-Alkoholiker an, der Rest war nicht qualifizierbar. Auf die somatischen Erkrankungen der untersuchten Alkoholkranken wird bei den einzelnen Items einzugehen sein. Die Kontrollpersonen befanden sich zu 45% auf chirurgischen und zu 55% auf internen Stationen. Ihre Erkrankungen sind aus der Tabelle 6 ersichtlich. Die Lebensumstände und sozialen Verhältnisse der Kontrollpersonen verbergen sich teilweise hinter mangelnder Information, da die Krankengeschichte bei ihnen meist leer ist, und auch das persönliche Gespräch sich oft nicht intensiv genug gestalten ließ. Bei den Alkoholkranken dagegen ergeben diese Informationen ein buntes Bild über die Lebensumstände. An psychiatrischen Diagnosen könnten neben der Diagnose Alkoholismus auch die Diagnosen Polytoxikomanie, Selbstmordversuche, Persönlichkeitsveränderungen

und Neurosen zu jeweils etwa 15% gefunden werden. Körperlich nahezu gesunden Patienten stehen solche gegenüber, deren Körper von der Droge vollständig zugrunde gerichtet ist, beruflich gut adaptierte solchen, die seit Jahren arbeitslos sind, man findet intakte Familien und geordnete Wohnungsverhältnisse ebenso wie das Schlafen unter Brücken und in Parks. Die von der Polizei eingelieferten Patienten zeigten häufig aggressive Handlungen gegen sich oder die Umwelt; einer ging z.B. mit einem Messer auf Angehörige los, ein anderer fiel in erregtem Zustand auf der Straße auf. Ein Patient, dessen Erhängungsversuch gerade noch vereitelt wurde, ist ebenso in der Gruppe wie einer, der bei der Behandlung seiner Hypertonie-Erkrankung mit der Diagnose "Alkoholkranker" konfrontiert wurde.

3.5. Verarbeitung der Untersuchungsbögen - Bewertungsbogen

Am Ende der Einzeluntersuchungen lagen von jedem Patienten drei Untersuchungsbögen vor. Diese konnten zwar einzeln ausgewertet werden, was auch geschah, sie entsprachen aber nicht den Criteria. Daher wurden die Criteria-Items in einem Bewertungsbogen aufgelistet (Tabelle 7). Dieser stellt die "Summe" der drei Untersuchungsbögen dar. Das Vorgehen bei der Übertragung und "Summenbildung" der Einzelfragen soll hier geschildert werden, da es für die Bewertung der Ergebnisse eine gewisse Bedeutung hat. Es spielte keine Rolle, ob ein Criterion durch eine oder mehrere Einzelfragen repräsentiert war. Bei Criteria mit mehreren Subitems galt ein sicher vorhandener Unterpunkt als ausreichend für die Bewertungskategorie: "sicher vorhanden" für das gesamte Criterion. Auch bei widersprüchlicher Aussage der verschiedenen Untersuchungsbögen galt einmal "sicher vorhanden" als "sicher vorhanden" für das gesamte Criterion. Aus-

genommen sind die unter 3.1. genannten Items, bei denen die Subitems lediglich der genauen Definition des Kriterions dienten, und für die eine eigene Bewertung angegeben ist (z.B. "Delirium tremens", "skid row"). Bei der Übertragung auf den Bewertungsbogen wurden also keine "Summen" gebildet, sondern besser gesagt, einzelne Treffer registriert, so daß aus dem Bewertungsbogen nicht ersichtlich ist, ob das Criterion durch eine oder acht Unterfragen repräsentiert war. Auf die Schwierigkeiten, die sich daraus ergaben, wird später einzugehen sein.

3.6. Datenverarbeitung

Im Bewertungsbogen hat jedes der nummerierten Items (Tabelle 7) eine Beurteilungskategorie, die durch Ziffern ausgedrückt sind:

1 = sicher vorhanden, 2 = fraglich vorhanden (=weiß nicht)
3 = nicht vorhanden, 4 = unbekannt, 5 = entfällt.

Die untersuchten Personen sind ebenfalls nummeriert, wobei die einzelnen untersuchten Gruppen zu Nummernblöcken zusammengefaßt sind. Die Beurteilungskategorien wurden für jeden Probanden einzeln auf Lochkarten übertragen. Die weitere Auswertung erfolgte mit einer Datenverarbeitungsanlage nach den jeweils gewünschten Programmen. Zur Klärung der oben angeschnittenen Problematik der "Summenbildung" wurden auch die Beurteilungskategorien der Einzelfragen getrennt auf Lochkarten übertragen und ausgewertet.

Da sich die Anzahl der Alkoholkranken (120) von der der Nichtalkoholkranken (80) unterschied, mußten alle Häufigkeiten in Prozentsätzen angegeben werden. Alle Grunddaten der Untersuchung sind als Prozentangaben zu verstehen. Die fünf Bewertungskategorien (sicher vorhanden, fraglich, nicht vorhanden, unbekannt, entfällt) wurden bei einer Anzahl von Items zur Bestimmung der Korrelationskoeffizienten modifiziert, mit

dem Ziel, für jedes Item zu drei Bewertungskategorien zu gelangen. Unverändert blieben die Items, bei denen die Bewertungskategorie "unbekannt" oder "entfällt" nicht repräsentiert war. Dies sind die Items:

101	206	302	310	605	610
202	207	303	413	606	611
203	208	304	420	607	613
204	209	307	602	608	614
205	210	308	604	609	615

Mit der Bewertungskategorie "unbekannt" wurde unterschiedlich verfahren. Items, bei denen "unbekannt" als "nicht vorhanden" gewertet wurde, waren solche, bei denen es vom Iteminhalt her nicht wahrscheinlich war, daß sie unbekannt geblieben wären, hätten sie bei einem Patienten vorgelegen. Bei Laboratoriumsuntersuchungen waren das die, die auf einen Verdacht hin angefertigt worden waren; bei diesen ist nicht anzunehmen, daß ein unbekannter Wert sicher vorhanden gewesen wäre. Folgende Items wurden so gewertet:

102	110	402	405	415	509
103	201	403	412	417	
108	401	404	414	419	

Einige Items mit häufiger vorkommender Bewertungskategorie "unbekannt" waren Routineuntersuchungen, bei denen "unbekannt" keiner anderen Bewertungskategorie zugeteilt werden konnte. Bei diesen (510, 511, 514) wurden die "unbekannt" nicht berücksichtigt und die Häufigkeiten auf die um die "unbekannt" verminderte Patientenanzahl bezogen. Hiermit wurde auf die Prozenzhäufigkeiten bei diesen Items Einfluß genommen. Eine ähnliche Veränderung der Prozenzhäufigkeiten ergab sich bei den Items, bei denen die Kategorie "entfällt" unberücksichtigt blieb. Es sind dies Items, die Familie oder Beruf betreffen und von einigen Alkoholkranken als "entfällt" gewertet wurden, da

diese jetzt keine Familie bzw. keinen Beruf mehr hätten. Dies gilt für die Items (301, 305, 306, 309, 603, 612). Schließlich war bei einigen Items die Kategorie "sicher vorhanden" so streng definiert, daß diese Items in der Praxis wertlos geworden wären. Hier wurde die Kategorie "fraglich" als "sicher vorhanden" gewertet, das Item damit neu definiert. So wurden aus den histologisch gesicherten Lebererkrankungen klinisch diagnostizierte Lebererkrankungen (401, 402, 403); die nur histologisch zu sichernde Diagnose "Chronische Gastritis" wurde zugunsten des neuen Items "Morgendliches Erbrechen" aufgegeben. Aus den prozentualen Häufigkeiten der einzelnen Items bei Alkoholkranken und Nichtalkoholkranken wurden Differenzen gebildet.

Die Korrelationskoeffizienten wurden, wie alle Daten, mit einer Datenverarbeitungsanlage nach den Programmen Data Text Primer (1) erstellt. Eingegeben waren die, wie oben erläutert, rekodierten Daten.

Zum globalen Vergleich unterschiedlicher Kollektive oder verschiedener Arten von Criteria wurden Scores gebildet. Hierbei wurde für jeden Patienten eine Punktsomme gebildet, wobei diese Punktsomme nach zwei unterschiedlichen Zählweisen zustande kam. Einmal (Scores des Typs A) wurde "sicher vorhanden" als 1 Punkt, "nicht vorhanden" als 0 Punkte gezählt, "fraglich vorhanden" wurde nicht gewertet. Bei den Scores des Typs B wurde "sicher vorhanden" als 2 Punkte, "fraglich vorhanden" als 1 Punkt und "nicht vorhanden" als 0 Punkte gewertet. Die Scores zeigen in beiden Fällen an, wieviel % der Alkoholkranken bzw. Nichtalkoholkranken eine bestimmte Punktsomme aufweisen. Die Trennpunkte werden so gewählt, daß diesseits des Trennpunktes möglichst nur Alkoholkranke und jenseits nur Nichtalkoholkranke erscheinen. Für die Untersuchung der einzelnen Symptomenbereiche wurden Summen verschiedener Criteria gebildet, die dem gleichen Symptomenbereich angehören. In Tabelle 8 sind die den vier Symptomenbereichen zugeordneten Criteria aufgelistet.

Als statistische Standardverfahren fanden Verwendung:

- die Bestimmung des arithmetischen Mittelwertes,
- die Bestimmung der Standardabweichung,
- der t-Test als Mittelwertvergleich,
- die Bestimmung des Korrelationskoeffizienten und
- die Durchführung einer Regressionsanalyse.

4. Ergebnisse der Untersuchung

4.1. Grunddaten der Untersuchung

Alter der Alkoholkranken

Die Altersverteilung der Alkoholkranken hat sich zufällig ergeben, da alle Alkoholkranken eines bestimmten Zeitabschnittes in die Untersuchung aufgenommen wurden. Es fand sich, daß der Gruppe der 20-30jährigen 12,5%, der 31-40jährigen 60%, der 41-50jährigen 17,5% und der Gruppe der 51-60jährigen 10% der 40 untersuchten Alkoholkranken angehörten. Das mittlere Lebensalter betrug 37,8 Jahre, die Standardabweichung 7,42 Jahre.

Familienstand

Ein Viertel aller Untersuchten sind in beiden Gruppen ledig. Der Anteil der jemals Verheirateten mit jeweils 75% ist bei beiden Gruppen ebenfalls gleich groß. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sind aber 25% der Alkoholkranken geschieden oder leben getrennt von ihrem Ehepartner, während dies nur für 5% der Nichtalkoholkranken zutrifft. Die Häufigkeit von Scheidungen bzw. Trennungen ist demnach bei Alkoholikern fünfmal so groß wie bei Nichtalkoholikern.

Berufe

Bei der Betrachtung der Berufe der untersuchten Alkoholkranken fällt das deutliche Überwiegen der Arbeiter auf, die mehr als 70% der Untersuchten stellen. Von den Arbeitern sind der größte Teil Facharbeiter, nämlich 55% aller Untersuchten. Unter ihnen stellen die größte Gruppe die Berufe der Metallverarbeitung wie Schlosser, Dreher, Werkzeugmacher, dicht gefolgt von den

Kfz-Handwerkern und den Facharbeitern der Bauberufe wie Maurern und Zimmerleuten. Die ungelernten Arbeiter waren zur Hälfte Lagerarbeiter, zur anderen Hälfte Personal aus Gaststätten und Hotels.

Bei den untersuchten Kontrollpersonen ist das Spektrum der Berufe weiter gesteckt. Der Anteil der Facharbeiter ist hier nur halb so groß wie bei der Gruppe der Alkoholkranken, während der Anteil der Angestellten mehr als doppelt so groß ist. Außerdem finden sich unter den untersuchten Kontrollpersonen 7,5% Beamte und 5% Selbständige. Bei den Facharbeitern stellen auch hier die metallverarbeitenden Berufe die meisten Personen, gefolgt von verschiedenen Berufsgruppen, die jeweils nur wenige Personen stellen wie Elektriker, Feinmechaniker, Bauarbeiter. Die ungelernten Arbeiter sind hauptsächlich Kraftfahrer und Lagerarbeiter, keiner arbeitet in der Gastronomie. Die Angestellten verteilen sich etwa gleich auf kaufmännische, technische und Verwaltungsberufe.

	Alkoholiker	Nichtalkoholiker
ungelernte Arbeiter	20	14
Facharbeiter	55	27
Angestellte	15	36
Beamte	-	8
Selbständige	-	5
Studenten, Rentner	10	10

Tab.9: Berufe der untersuchten Personen in %
(Alkoholiker n=40, Nichtalkoholiker n=80)

Schichtangehörigkeit

Ein deutlicheres Bild ergibt sich bei Berücksichtigung der am Untersuchungstag bestehenden Schichtangehörigkeit (Abb.3). Bei den untersuchten Alkoholkranken ist ein Viertel länger als drei Monate arbeitslos gewesen, während bei den Nichtalkoholkranken in dieser Rubrik nur ein Patient zu finden ist. Der Unterschicht gehören 22% der Alkoholkranken und 11% der Nichtalkoholkranken an; der Mittelschicht 42% der Alkoholkranken und 79% der Nichtalkoholkranken.

Zusammenfassend läßt sich zu den Grunddaten feststellen:

Das mittlere Lebensalter der untersuchten Alkoholkranken betrug 37,8 Jahre. Die Trennungshäufigkeit für Verheiratete ist bei Alkoholkranken fünfmal größer als bei Nichtalkoholkranken. Bei den Berufen der Alkoholkranken überwiegen deutlich Facharbeiter. Die Arbeitslosigkeit ist bei Alkoholkranken vielfach größer als bei Kontrollpersonen. Im Vergleich zu den Nichtalkoholikern gehören etwa doppelt so viele Alkoholiker der Unterschicht an, aber halb so viele der Mittelschicht.

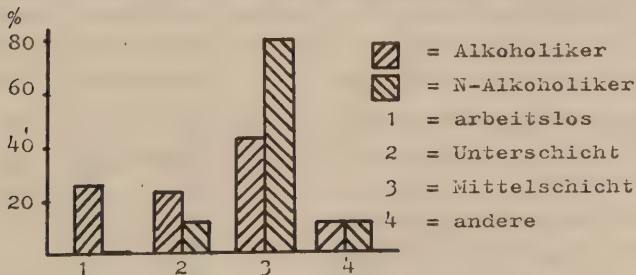


Abb.3: Schichtangehörigkeit der Untersuchten
(Alkoholiker n=40, N-Alkoholiker n=80)

4.2. Validität der Criteria

4.2.1. Beantwortungshäufigkeiten

Zuerst betrachten wir die Bejahungshäufigkeiten der Criteria bei den Alkoholkranken. Zwanzig der 87 Criteria, also 23%, waren bei mehr als 66% der Alkoholkranken sicher vorhanden:

Nr. Criterion	Bejahungshäufigkeit in %	
	Alkoh.	N-alkoh.
608 Morgendliches Trinken	97	13
101 Grobschlägiger Tremor	93	3
303 Trinken wegen Ärger, etc.	92	45
612 Klagen des Ehepartners	92	12
208 Regress. Abwehrmechanismen	89	8
304 Ungeklärte soz. Veränderungen	89	43
209 Verbitterung, Eifersucht	82	29
210 Depressionssymptome	82	35
615 Wiederh. Abstinenzversuche	82	38
203 Black out	81	5
405 Morgendliches Erbrechen	80	19
604 Trinken gg soz. Kontraindikation	80	16
613 Toleranzbruch	79	34
401 Fettleber (klinisch)	77	4
414 Foetor alcoholicus	77	-
511 SGOT	77	18
510 SGPT	72	28
306 Arbeitsplatzverlust	71	20
607 Heimliches Trinken	71	4
205 Wutausbrüche bzw. SMV	69	19

Tab.10: Criteria mit Bejahungshäufigkeit größer als 66% bei Alkoholikern

23 von 87 Criteria, also 26%, waren bei weniger als 5% aller Alkoholkranken sicher vorhanden. Hierbei handelt es sich um:

- seltene, meist pathognomonische Erkrankungen
 - Wernicke-Korsakow-Syndrom Toxische Amblyopie
 - Kleinhirn-Degeneration Myopathie
 - Hirnatrophie Kardiomyopathie
 - Zentrale pontine Myelinolyse Beriberi
 - Marchiafava-Bignami-Krankh. Pellagra
- in Deutschland nicht routinemäßig durchgeführte Blutalkoholbestimmungen
 - BAS über 3‰ Serum-Osmolalität
 - BAS über 1‰ BAS über 1,5‰ ohne Vergiftungszeichen
- sehr ausgefallene klinische Spezialuntersuchungen
 - Hypochlorämische Alkalose Delta-Schlaf-Verlust
 - Magnesium-Spiegel Verminderte Immunantwort
 - Milchsäure-Spiegel Synacthen-Test
 - REM-Schlaf-Veränderungen Chromosomenschaden

Die vorgenannten 23 Criteria waren bei mehr als 33% aller Alkoholkranken unbekannt, da sich in den Krankenunterlagen keine Angaben über die zu Grunde liegenden Untersuchungen fanden. Zusätzlich waren weitere 6 Criteria bei mehr als 33% der Alkoholkranken unbekannt, da diese Laboruntersuchungen besonders bei den Patienten auf chirurgischen Allgemeinstationen nicht durchgeführt wurden:

- nicht routinemäßig durchgeführte Untersuchungen
 - Gerinnungsstörungen Bromthalein-Test
 - Harnsäure-Spiegel EKG-Abnormalitäten
 - Kalium-Spiegel EEG-Abnormalitäten

Bei den Nichtalkoholkranken stehen diese Bejahungshäufigkeiten der Alkoholkranken im allgemeinen ge-

ringe Bejahungshäufigkeiten gegenüber. Lediglich acht der 87 Criteria, also 9%, waren bei mehr als 33% der Nichtalkoholkranken sicher vorhanden, bei vier Criteria war die Bejahungshäufigkeit der Kontrollpersonen größer als die der Alkoholkranken:

Nr.	Criterion	Bejahungshäufigkeit	
		N-alkohol.	Alkoh.
614	Grober Alkoholabusus	51	55
303	Trinken wegen Ärger	45	92
304	Ungeklärte soz. Veränderungen	43	89
302	Interessenverlust	42	56
615	Wiederh. Abstinenzversuche	38	82
610	Trinken in Bars, Kneipen	38	33
210	Depressionssymptome	35	82
613	Toleranzbruch	34	79

Tab.11: Criteria mit Bejahungshäufigkeit größer als 33% bei N-alkoholikern.

406	Anämie	28	22
508	Harnsäure	19	16
515	Albumin/Globulin	24	15
610	Trinken in Bars, Kneipen	38	33

Tab.12: Criteria mit größerer Bejahungshäufigkeit bei N-alkoholikern als bei Alkoholikern.

4.2.2. Differenzieren der Criteria

18 der untersuchten 87 Criteria weisen eine Differenz der Bejahungshäufigkeiten von größer als 50 auf. Weitere 18 eine Differenz kleiner als 50, aber größer als 20. Bei weiteren 12 Criteria ist die Differenz der Bejahungshäufigkeiten zwischen 20 und 10 gelegen. Eine Differenz kleiner als 10 haben 39 Criteria.

Rang	Nr.	Differenz	HK/NK	Rang	Nr.	Differenz	HK/NK
1.	101	90	H	25.	606	39	N
2.	608	84	N	26.	609	38	N
3.	208	81	N	27.	301	38	N
4.	414	77	N	28.	206	33	N
5.	203	76	H	29.	305	33	N
6.	612	76	N	30.	202	31	H
7.	401	73	H	31.	413	26	N
8.	607	67	N	32.	110	25	N
9.	604	64	H	33.	513	24	N
10.	405	62	H	34.	514	23	N
11.	511	60	N	35.	310	23	N
12.	605	59	H	36.	307	20	N
13.	602	57	H	37.	204	19	N
14.	611	55	N	38.	509	17	N
15.	603	53	H	39.	308	17	N
16.	209	53	N	40.	302	14	N
17.	306	51	N	41.	102	13	H
18.	205	50	N	42.	415	13	N
19.	210	47	N	43.	420	13	N
20.	303	47	N	44.	207	13	N
21.	304	46	N	45.	412	12	N
22.	613	45	N	46.	417	11	N
23.	615	44	N	47.	416	10	N
24.	510	40	N	48.	519	10	N

Tab.13: Rangfolge der Criteria nach Differenzen der Bejahungshäufigkeiten. (Haupt-, Nebenkriterien s.S. 51)

Stellt man sich die Frage, inwieweit die Criteria zwischen Alkoholkranken und Gesunden differenzieren, so findet man einen Teil der Criteria, die sowohl bei Alkoholikern als auch bei Nichtalkoholikern häufig vorkommen; diese differenzieren schlecht. Ein anderer Teil kommt bei beiden Personengruppen selten vor; auch sie differenzieren schlecht. Lediglich die Criteria, die bei Alkoholikern häufig und bei Gesunden selten auftreten, differenzieren gut.

4.2.3. Korrelation der Criteria mit der Diagnose Alkoholismus

Mit der Bestimmung des Validitätskoeffizienten des einzelnen Criterions mit der durch das Außenkriterium gestellten Diagnose läßt sich die Gültigkeit des Criterions prüfen. Einen Validitätskoeffizienten größer als 0.5 weisen 17 Criteria auf, wobei die beiden Criteria "Grobschlägiger Tremor" und "Morgendliches Trinken" einen Validitätskoeffizienten größer als 0.8 besitzen (Tab. 14).

55 der Criteria besitzen einen Validitätskoeffizienten kleiner als 0.5 aber größer als 0.0; weitere 15 Criteria haben einen Validitätskoeffizienten kleiner als oder gleich Null. Der mittlere Validitätskoeffizient beträgt 0.267.

Zusammenfassend läßt sich zur Validität der Criteria sagen: Ein Viertel der 87 Criteria sind bei Alkoholikern häufig und bei Nichtalkoholikern selten vorhanden. Die Hälfte der Criteria sind sowohl bei Alkoholikern als auch bei Nichtalko-

holikern relativ selten vorhanden. Ein Viertel schließlich ist bei beiden Gruppen fast nie erfaßt worden. Die 17 Criteria, die einen Validitätskoeffizienten größer als 0.5 haben, besitzen gleichzeitig eine Differenz der Bejahungshäufigkeit größer als 50, und müssen als die Criteria angesehen werden, die eine ausreichende Validität besitzen.

Nr. Criterion		HK/NK
101 Grobschlägiger Tremor	0.906	H
608 Morgendliches Trinken	0.851	N
208 Regress. Abwehrmechanismen	0.796	N
612 Klagen des Ehepartners	0.792	N
414 Foetor alcoholicus	0.761	N
203 Black out	0.741	H
401 Fettleber (klinisch)	0.715	H
604 Trinken gg soz. Kontraindikation	0.651	H
605 Kontrollverlust	0.618	H
607 Heimliches Trinken	0.611	N
405 Morgendliches Erbrechen	0.604	H
602 Alkoholmenge über 1/3 l	0.596	H
611 Eingestehen des Abusus	0.563	N
603 Trinken gg med. Kontraindikation	0.562	H
209 Verbitterung, Eifersucht	0.534	N
303 Trinken wegen Ärgers, etc.	0.516	N
511 SGOT	0.515	N

Tab.14: Criteria mit Validitätskoeffizient größer als 0.5 (Haupt-, Nebenkriterien siehe S.51)

4.3. Verhalten der "Symptomenbereiche"

4.3.1. Unterschiede bei beiden Gruppen

Bei den Rangfolgen der Criteria nach Differenzen und Validitätskoeffizienten fällt eine Überrepräsentation der Criteria aus dem Bereich des Trinkverhaltens und des psychopathologischen Bereiches auf den vorderen Plätzen auf. Zur Untersuchung, in welchen Bereichen sich Alkoholkranke von Nichtalkoholkranken hauptsächlich unterscheiden, wurden aus den Criteria Symptomenbereiche gebildet (vergl. Tab.8). Die Liste der Criteria aus dem somatischen Bereich umfaßt 53 Criteria, von denen allerdings nur ein geringer Teil bei wenigstens 33% der Alkoholkranken vorhanden ist. Der psychopathologische Bereich umfaßt 9, der psychosoziale Bereich 8 Criteria. In dem Bereich, der mit Trinkverhalten bezeichnet wird, sind 16 Criteria vertreten. Zur Verdeutlichung, welchen Anteil die Symptomenbereiche bei beiden Gruppen an der Häufigkeit der Criteria haben, sind die Symptomenbereichshäufigkeiten als Scores aufgetragen. Hierzu wurden die "sicher vorhandenen" Criteria mit 2 Punkten, die "fraglich vorhandenen" mit 1 Punkt gewertet (Abb.4-7), (vgl. Tab.15 und 15a). Beim somatischen Bereich fällt auf, daß der Patient mit dem höchsten Punktwert nur knapp die Hälfte der möglichen Punkte erreicht; es muß aber berücksichtigt werden, daß unter den Criteria des somatischen Bereiches sämtliche selten vorkommenden Krankheitsbilder und ausgefallenen Spezialuntersuchungen aufgeführt sind. 9,5% der Alkoholiker haben mit weniger

Abb.4: Summen-Score
Somatische Schäden

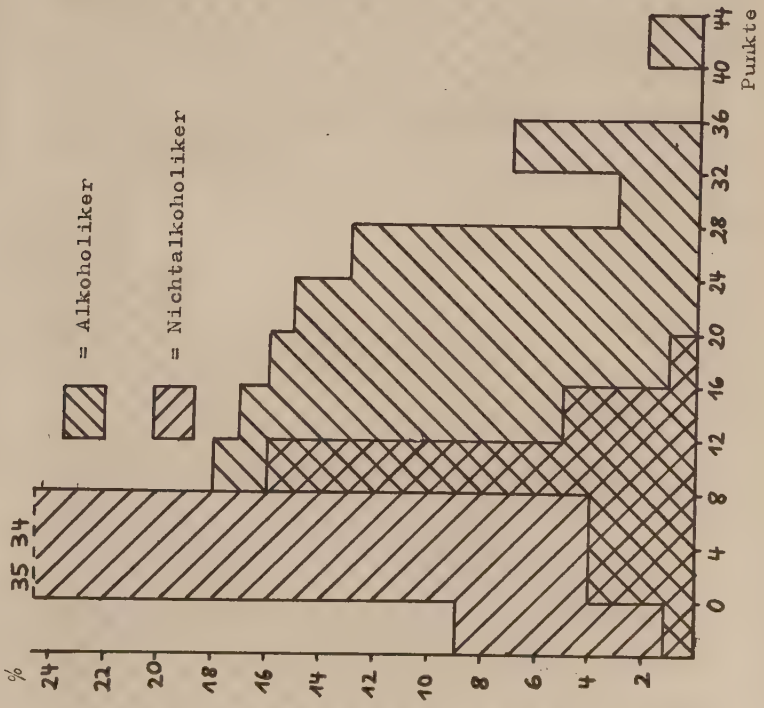


Abb.6: Summen-Score
Psychosozialer Bereich

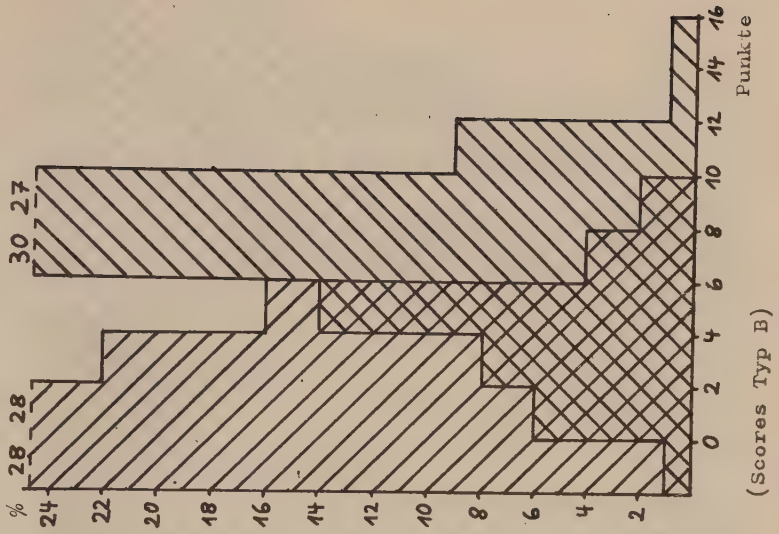


Abb. 5: Summen-Score
Psychopathologie

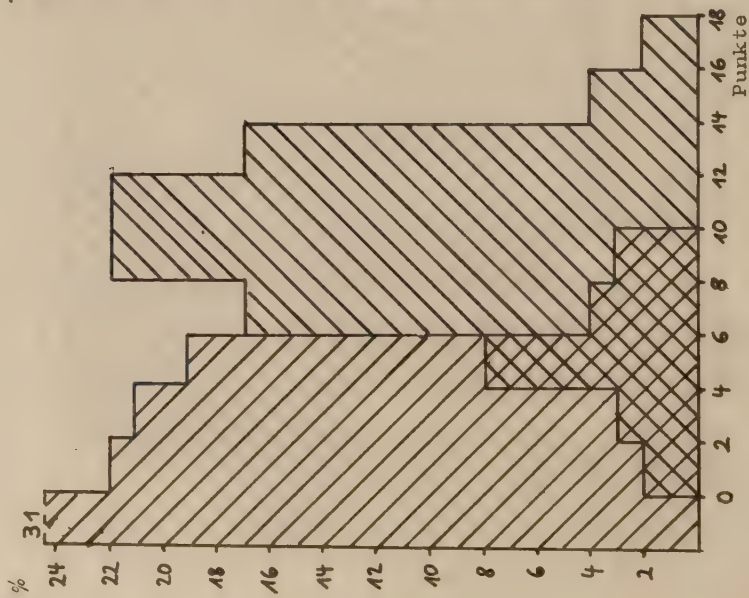
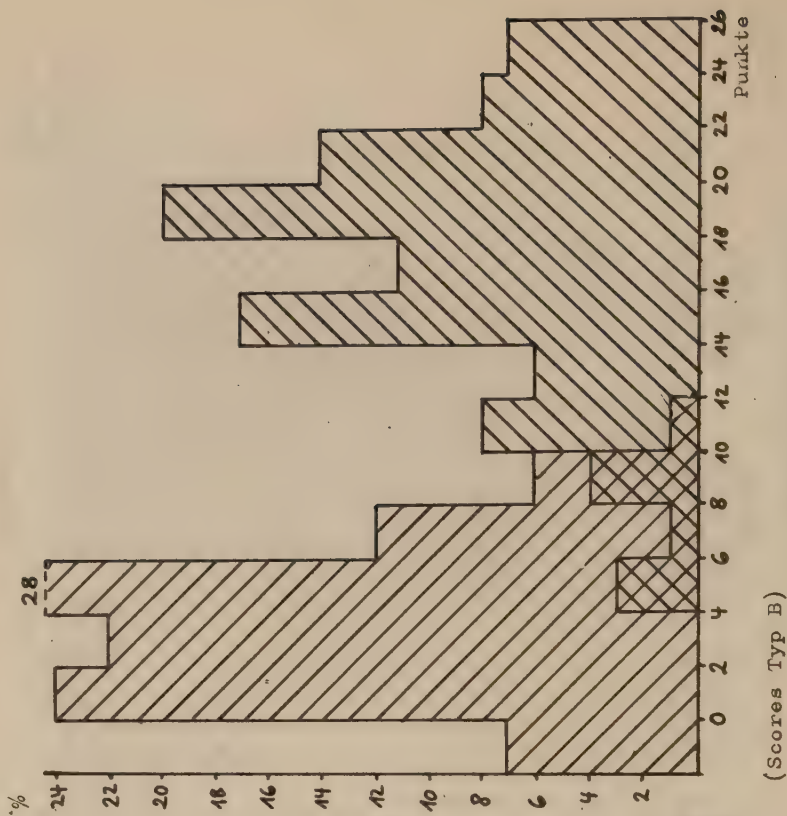


Abb. 7: Summen-Score
Trinkverhalten



(Scores Typ B)

Tab.15: Mittelwerte und Standardabweichungen
der "Symptomenbereiche"

Bereich	max. Punkte	Alkoholiker		N-Alkoholiker	
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
Somatisch	106	18.3	8.6	5.8	4.1
Psycho- pathologisch	18	10.5	3.4	2.0	2.6
Psychosozial	16	8.0	3.0	2.7	2.5
Trinkverhalten	32	18.1	4.9	4.5	2.7

Tab. 15a: Trennpunkte der "Symptomenbereich"-Scores

Bereich	Trennpunkt	Alkoholiker	N-Alkoholiker
Somatisch	8/9	90,83%	77,5%
Psycho- pathologisch	6/7	86,6%	93,75%
Psychosozial	6/7	70%	95%
Trinkverhalten	10/11	91,6%	98,75%

als 8 Punkten vergleichsweise geringe somatische Schäden. 78% haben zwischen 9 und 28 Punkten, die übrigen 12,5% haben zwischen 29 und 44 Punkten. Bei den Nichtalkoholikern weist der Patient mit den meisten Punkten 20 Punkte auf. 22,5% haben über 9 Punkte, von den restlichen 77,5% haben

38% zwischen 4 und 6 Punkten. Die Punkte, die die Nichtalkoholkranken erhielten, erklären sich fast ausnahmslos aus anderen Erkrankungen, die bei diesen Patienten zur Zeit der Untersuchung bestanden.

Bei der Untersuchung der Criteria des psychopathologischen Bereiches fällt die gute Trennung zwischen Alkoholikern und Nichtalkoholikern auf. Jeder Alkoholiker hat mindestens ein Criterion dieses Bereichs, zwei Patienten haben alle 9 Criteria als sicher vorhanden. 86,5% der Alkoholiker haben mehr als 6 Punkte. 93,75% der Nichtalkoholiker haben weniger als 7 Punkte. Die 10 Kontrollpersonen, die mehr als 6 Punkte erreicht haben, sollen im folgenden etwas genauer betrachtet werden. Drei von diesen (Pat.-Nr. 146, 159, 199) haben auch in den anderen Symptomenbereichen hohe Punktwerte, bei ihnen wird später geprüft werden, ob sie entgegen dem Außenkriterium als Alkoholkranke eingeschätzt werden müssen. Bei den übrigen sieben läßt sich der hohe Punktwert im psychopathologischen Bereich ebenfalls mit sekundären Veränderungen bei anderen Krankheiten erklären. Hier sind vier Patienten mit chronischen Krankheitsprozessen infauster Prognose bei mittlerem Lebensalter zu nennen und drei schwer psychisch erkrankte Patienten.

Der dritte Bereich umfaßt die Criteria, die die sozialen Schäden durch den Alkoholismus beschreiben. Neben zwei Alkoholikern, die alle acht Criteria dieses Bereiches erfüllen, ist auch einer, der keines erfüllt. 30% der Alkoholiker haben weniger als 7 Punkte. Bei den Nichtalkoholikern haben 95% weniger als 7 Punkte; von den 11 Nichtalkoholikern, die mehr als 5 Punkte im psychosozialen Bereich erreichten, haben 6 Patienten auch in den anderen Bereichen hohe Punktwerte, so daß für sie das oben Gesagte gilt, nämlich, eine Überprüfung des Außenkriteriums. Die

übrigen 5 Patienten zeigen keine Besonderheiten, gemeinsam ist ihnen lediglich, daß alle wegen eines durchgemachten Unfalls auf der chirurgischen Allgemeinstation lagen.

Das beste Trennverhalten zwischen beiden Gruppen zeigen die Criteria, die den Bereich des Trinkverhaltens beschreiben. Jeder Alkoholiker erreicht hier mindestens 6 Punkte, 15% erreichen über 2/3 der möglichen Punktzahl. 99% der Nichtalkoholiker haben weniger als 11 Punkte, 92% der Alkoholkranken mehr als 11 Punkte. Bei den Nichtalkoholikern ist aber auffällig, daß eine große Gruppe von 34 Patienten, also 42%, mehr als 5 Punkte haben. Bei 17% ergibt sich dies aus einer Summierung von "fraglich vorhandenen" Criteria, die in dieser Gruppe von Criteria besonders ins Gewicht fällt. Die restlichen 25%, also 20 Patienten, zerfallen in zwei Gruppen. Einmal sind darunter fünf Patienten, bei denen wiederum das Außenkriterium zweifelhaft ist. Zum anderen weitere 15 Nichtalkoholiker, die hinsichtlich Alter, Familienstand und Grund des stationären Aufenthaltes keine Besonderheiten aufweisen. Bei den Berufen fällt auf, daß mit Ausnahme von zwei Facharbeitern und einem Polizisten alle anderen Positionen innehaben, die keiner direkten Kontrolle durch einen Vorgesetzten unterliegen. 7 von ihnen sind gehobene Angestellte, 2 Vertreter, 2 Montagereisende und einer Landwirt.

Betrachten wir jetzt die Nichtalkoholiker, die in mehreren Bereichen relativ viel Punkte erreichten. Es handelt sich hierbei um 8 Patienten, also 10%, von denen im folgenden einige Daten wiedergegeben sind (Tab.16).

Pat.Nr.	Alter	Famil.- Stand	Beruf	Diagnose Krankheits- ursache
135	56	verh.	Schlosser	Pankreatitits
146	40	verh.	Kranführer	Hypertonus
159	35	verh.	Maurer	Arbeitsunfall
161	39	verh.	Kunstmaler	Osteomyelitis
176	36	getr.	Schlosser	Unfall/Fraktur
190	34	led.	Packer	Unfall/Fraktur
195	47	led.	Landwirt	Ch.Lymph.Leuk.
199	35	getr.	Zimmerer	Arbeitsunfall

Tab.16: Ergänzende Daten zu Nichtalkoholkranken.

Für die genannten Nichtalkoholiker gilt, daß sie in jedem der Symptomenbereiche: Trinkverhalten, Psychopathologischer- und Psychosozialer Bereich über 6 Punkte aufweisen. Bei diesen 8 Kontrollpersonen muß aufgrund der Criteria-Ergebnisse bei Würdigung von anderen Hinweisen die Richtigkeit des Außenkriteriums "Nichtalkoholiker" angezweifelt werden. Als diese anderen Hinweise können die Daten der obigen Aufstellung betrachtet werden. 2 Patienten leben getrennt von ihrem Ehepartner, was 25% entspricht (vgl. 5% bei der gesamten Gruppe von Nichtalkoholikern). 5 Patienten, 62%, sind von Beruf Facharbeiter der Metall- oder Bauindustrie, eine Verteilung, die mit der bei Alkoholkranken fast identisch ist. Schließlich fällt auch die Unfallhäufigkeit auf; die Diagnose Pankreatitis unterstützt diesen Gedankengang.

4.3.2. Korrelation der "Symptomenbereiche" mit der Diagnose

Zur Überprüfung der Gültigkeit der "Symptomenbereiche" wurden die Validitätskoeffizienten der "Symptomenbereiche" mit der Diagnose Alkoholismus berechnet (Tab.17).

Bereich somatischer Schäden	0.656
Psychosozialer Bereich	0.684
Psychopathologischer Bereich	0.767
Bereich Trinkverhalten	0.819

Tab.17: Validitätskoeffizienten der "Symptomenbereiche"

Die Gültigkeit aller Bereiche kann als ausreichend bezeichnet werden, wobei die Criteria des Bereiches Trinkverhalten sich als besonders valide herausstellen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß sich die einzelnen Symptomenbereiche unterschiedlich verhalten und verschieden gut zwischen Alkoholkranken und Nichtalkoholkranken trennen. Die Criteria, die das Trinkverhalten untersuchen, scheinen für die Diagnosestellung am aussagekräftigsten zu sein. Über die Analyse der Punktzahlen in den Symptomenbereichen gelang es, 10% der Nichtalkoholiker als wahrscheinlich alkoholkrank zu diagnostizieren.

4.4.Criteria als Diagnose - Schema

Anhand der Originalvorschrift der Criteria-Experten wurde untersucht, inwieweit die klinisch gestellte Diagnose Alkoholismus mit der des Testes übereinstimmt. Die Criteria-Experten fordern für die Diagnose Alkoholismus: "Für die Diagnose des Alkoholismus ist es ausreichend, daß ein oder mehrere Hauptkriterien erfüllt sind, oder daß einige Nebenkriterien jeweils aus beiden Symptomen-Spuren vorhanden sind." Falls man die Diagnose aufgrund eines Hauptkriteriums in einer Symptomen-Spur stellt, sollte man auch genau nach vorkommenden Criteria in anderen Symptomen-Spuren suchen. Eine rein mechanische Auslese von Criteria reicht nicht aus. Ein Nebenkriterium aus einer Symptomen-Spur allein reicht nicht aus, es müssen einige in beiden Symptomen-Spuren vorhanden sein. Im folgenden Flußdiagramm (Abb.8)

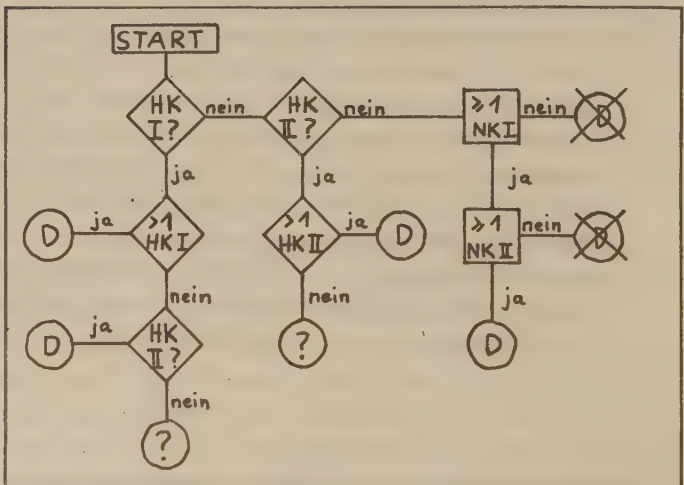


Abb.8: Flußdiagramm nach RINGER e.a. (93)

sind die einzelnen Bedingungen zusammengestellt; es ergeben sich aber aus dem Originaltext einige Unklarheiten, die in der Diskussion angesprochen werden. Im folgenden wurden alle Diagnosen berücksichtigt, die nach genauer Befolgung der Anweisung zustande gekommen sind.

4.4.1. Falsch negativ diagnostizierte Patienten

Zuerst soll die Frage beantwortet werden, wieviel Alkohol Kranke nicht als solche diagnostiziert werden konnten. Das Instrument erweist sich als so sensibel, daß dies bei keinem Patienten der Fall ist. Jeder Alkohol Kranke hat mindestens ein Hauptkriterium, die Höchstzahl beträgt 10, der Mittelwert 5,8. Außerdem hat jeder Alkohol Kranke mindestens 9 Nebenkriterien, die Höchstzahl beträgt 31, der Mittelwert 20. Bei den Nichtalkoholikern beträgt der Mittelwert für die Hauptkriterien 0,25 und für die Nebenkriterien 2,7.

4.4.2. Falsch positiv diagnostizierte Patienten

Von den Kontrollpersonen, die durch das Außenkriterium "nicht alkoholkrank" ausgewählt wurden, erhalten nach dem Diagnose-Schema 42, also 53% die Diagnose Alkoholismus. Da dies mehr als die Hälfte der Kontrollpersonen sind, muß auf diese Patienten im einzelnen eingegangen werden. Zuerst sollen die Patienten betrachtet werden, die ein oder mehrere Hauptkriterien erfüllten, also die, für die der erste Teil der Experten-Anordnung zutrifft. 23 Kontrollpersonen, entsprechend 29%, haben mindestens ein Hauptkriterium, darunter haben zwei Patienten drei Hauptkriterien, weitere vier haben zwei Hauptkriterien. Zusätz-

lich zu diesen Hauptkriterien erfüllen die Kontrollpersonen dieser Gruppe zwischen 3 und 17 Nebenkriterien. Untersucht man, welche Criteria für diese falsch positiven Diagnosen ausschlaggebend sind, so findet man, daß von den Hauptkriterien 13mal das Criterion: "Trinken bei eindeutiger sozialer Kontraindikation" und je 5mal die Criteria: "Black out" und "Chronische Gastritis" vertreten sind. Unter den Nebenkriterien bei dieser Gruppe sind häufig vertreten: Verbitterung, Depressionssymptome, Trinken wegen sozialem Mißbehagen, Aufsuchen von Kneipen, einmaliger exzessiver Alkoholabusus im Jahr. In der Gruppe dieser 23 Kontrollpersonen enthalten sind 6 der früher beschriebenen 8 "Verdachtsalkoholiker", weiters 7 Patienten, die im Rahmen der Betrachtung der Symptomenbereiche schon erwähnt worden sind. Bei 5 Patienten führen plausible somatische Erkrankungen zur falsch positiven Diagnose.

Die zweite Gruppe der falsch positiv diagnostizierten Kontrollpersonen sind diejenigen, die zwar keine Hauptkriterien, dafür aber einzelne Nebenkriterien aus beiden "Symptomen-Spuren" erfüllen, für die also der zweite Teil der Experten-Anordnung gilt.

Dies sind 19 Personen, entsprechend 24%. Bei ihnen schwankt die Anzahl der sicher vorhandenen Criteria zwischen 4 und 13. Hauptursache dieser falsch positiven Diagnosen sind die Criteria: einmaliger exzessiver Alkoholabusus im Jahr, Aufsuchen von Kneipen, ungeklärte soziale Veränderungen, Interessenverlust, Trinken wegen sozialem Mißbehagen. In dieser Gruppe von 19 Kontrollpersonen sind ebenfalls 2 "Verdachtsalkoholiker" enthalten und 5 mit Auffälligkeiten in den Häufigkeiten der Symptomenbereiche.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die falsch positiven Diagnosen bei 52% der Kontrollpersonen ihre

Ursache in der Sensibilität des Untersuchungs-instrumentes haben, wobei allerdings noch andere Faktoren wie die Grundkrankheiten der Untersuchten und die Sicherheitsgrenzen des Außenkriteriums eine Rolle spielen.

4.4.3. Haupt- und Nebenkriterien

Vergleicht man die Haupt- und Nebenkriterien, so fällt auf, daß in der Rangfolge der Criteria, geordnet nach fallender Differenz der Bejahungshäufigkeit, Haupt- und Nebenkriterien bunt gemischt hintereinander folgen (Tab.13). Eine Gliederung von der Art, daß zuerst die Haupt- und dann die Nebenkriterien folgen würden, ist nicht zu erkennen. Unter den ersten 48 Criteria dieser Rangliste sind 10 Haupt- und 38 Nebenkriterien, das heißt, bei 55% der Criteria sind nur 45% der Haupt-, aber 63% der Nebenkriterien auf den vorderen Rängen der Liste. Ein ähnliches Bild ergibt die Betrachtung der Validitätskoeffizienten (Tab.14). Hier sind zwar unter den Criteria, die einen Validitätskoeffizienten größer als 0.5 haben, das sind 19,5% der Gesamtzahl der Criteria, 36% aller Haupt- und 15% aller Nebenkriterien aufgelistet, im ganzen betrachtet sind aber auch hier die Haupt- und Nebenkriterien bunt durcheinander angeordnet, eine systematische Gliederung fehlt. Trägt man die Validitätskoeffizienten der Haupt- und Nebenkriterien als Punktwolken auf, so wird besonders gut sichtbar, wie gleich die Verteilung ist. Der Mittelwert der Validitätskoeffizienten für die Hauptkriterien beträgt 0,26, der für die Nebenkriterien 0,274 (siehe Abb.9).

Abb.9: Vergleich der Haupt- und Nebenkriterien nach Validitätskoeffizienten

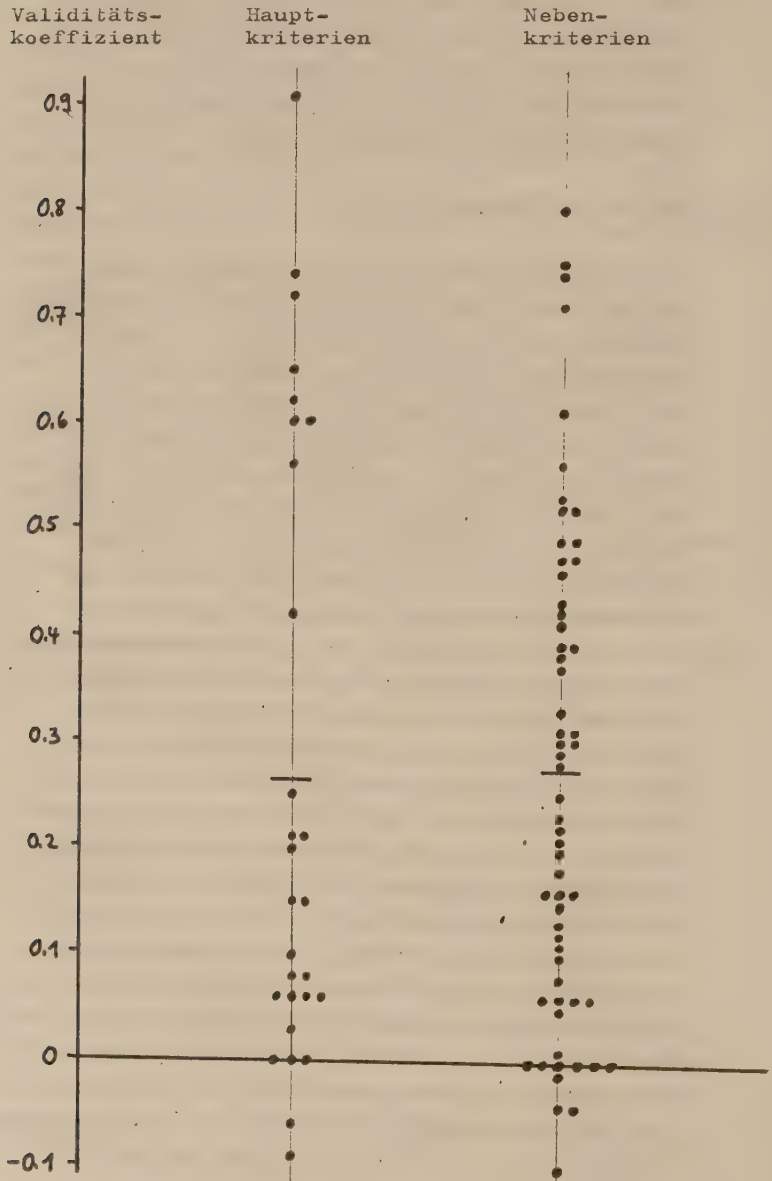


Abb. 10 und 11 zeigen die Scores für Haupt- und Nebenkriterien. Ein deutlicher Unterschied zwischen Haupt- und Nebenkriterien in der Trennfähigkeit wird nicht sichtbar (vgl. Tab. 18 und 18a).

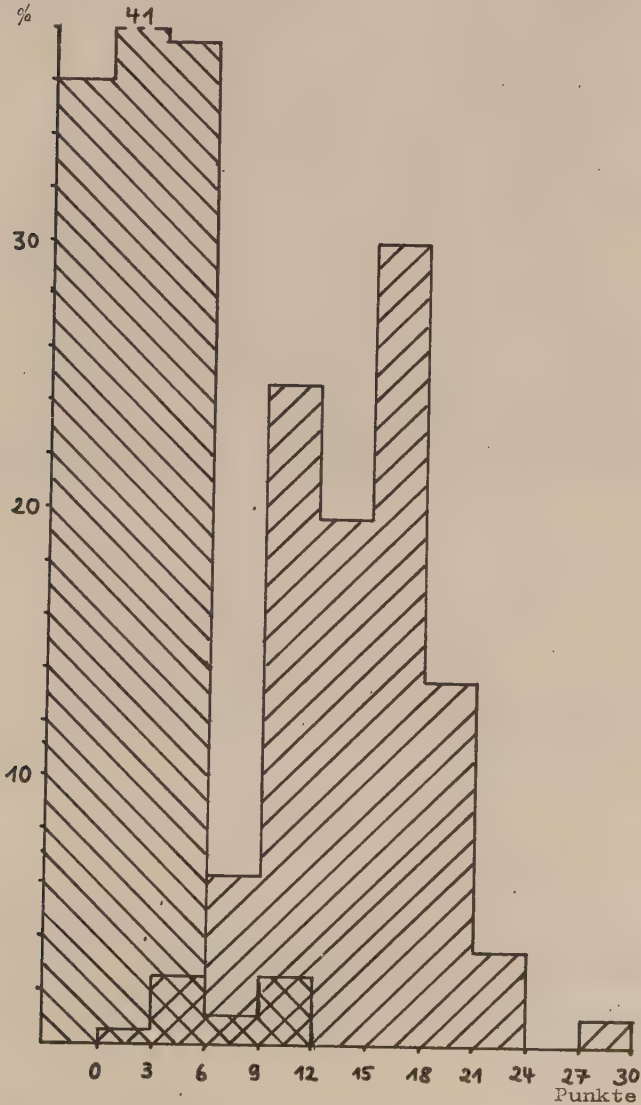


Abb.10: Score der Hauptkriterien (Score Typ B)

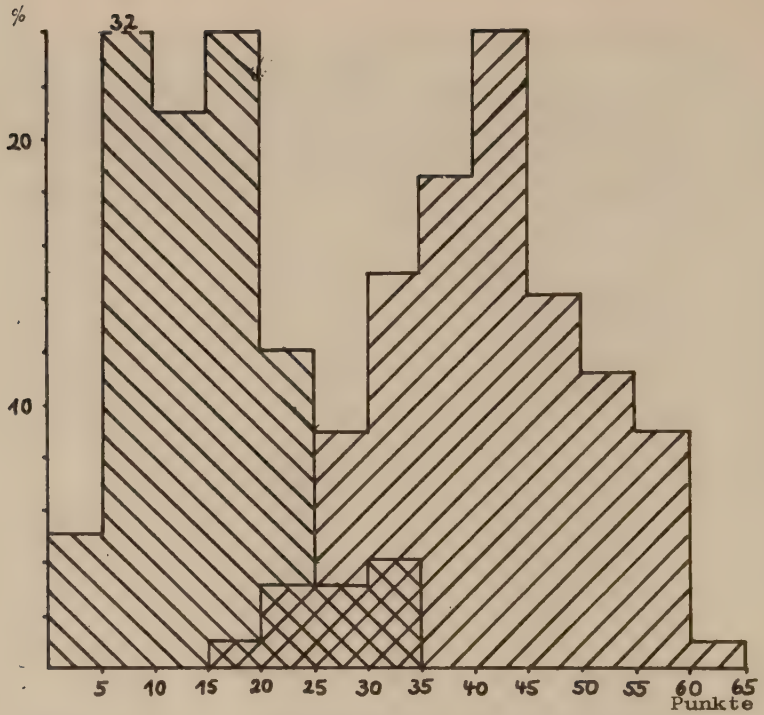


Abb.11: Score der Nebenkriterien(Score Typ B)

Tab.18: Mittelwerte und Standardabweichungen der Haupt- und Nebenkriterien

	max. Punkte	Alkoholiker		N-Alkoholiker	
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
Hauptkriterien	62	14,7	4,3	2.1	2.3
Nebenkriterien	112	41,4	9,1	14.2	6.8

Tab.18a: Trennpunkte der Haupt- und Nebenkriterien-Scores

	Trennpunkt	Alkoholiker	N-Alkoholiker
Hauptkriterien	6/7	96,6%	96,25%
Nebenkriterien	25/26	95,8%	93,75%

4.4.4. Diagnoseebenen

Hier sollen drei Aspekte untersucht werden.

1. Wie häufig finden sich Criteria der Diagnoseebene 1, die von den Experten als obligatorisch bezeichnet werden, bei Nichtalkoholikern?
2. Zeigen sich Unterschiede zwischen den drei Diagnoseebenen, wenn man Scores bildet?
3. Unterscheiden sich die Validitätskoeffizienten der drei Diagnoseebenen?

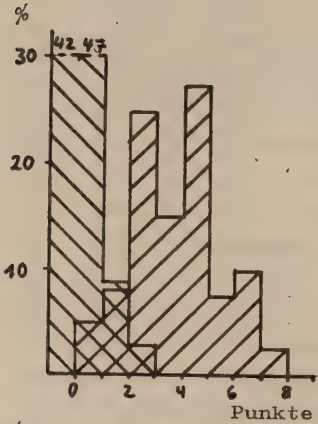
ad 1: 57,5% der Kontrollpersonen erfüllen ein oder mehrere Criteria der Diagnoseebene 1 sicher. Bei 30% ist dies durch das Criterion "Grober Alkoholabusus (einmal/Jahr)" bedingt.

ad 2: Die Überprüfung der drei Diagnoseebenen geschieht über Summenwerte, die für jede Person aus allen Criteria der gleichen Ebene gebildet werden. Diese Summen-Scores sind in Abb. 12 getrennt für die drei Ebenen aufgezeichnet. Ein deutlicher Unterschied in der Trennfähigkeit ist nicht zu erkennen.

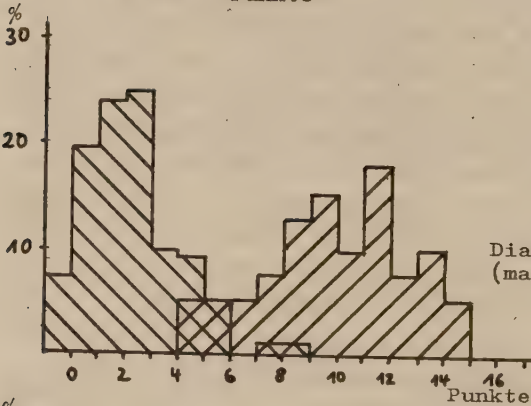
ad 3: In der Abb.13 sind die Validitätskoeffizienten der einzelnen Diagnoseebenen gegeneinander aufgetragen. Auch hier fällt auf, daß sich die Verteilungen nur geringfügig unterscheiden, besonders die Ebenen 1 und 2. Auch der Unterschied zwischen 1 und 3 ist mit $t=1,0395$ bei FG 48 nicht signifikant.

Zusammenfassend muß man feststellen, daß die Einteilung in Haupt- und Nebenkriterien und in die drei Diagnoseebenen einer experimentellen Prüfung nicht standhalten.

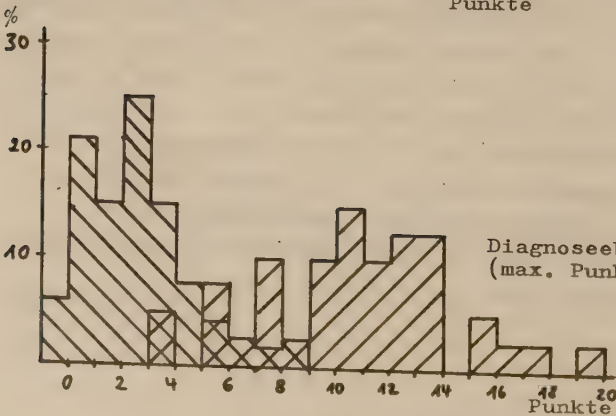
Abb.12: Scores der Diagnoseebenen
(Score Typ A)



Diagnoseebene 1
(max. Punkte 13)

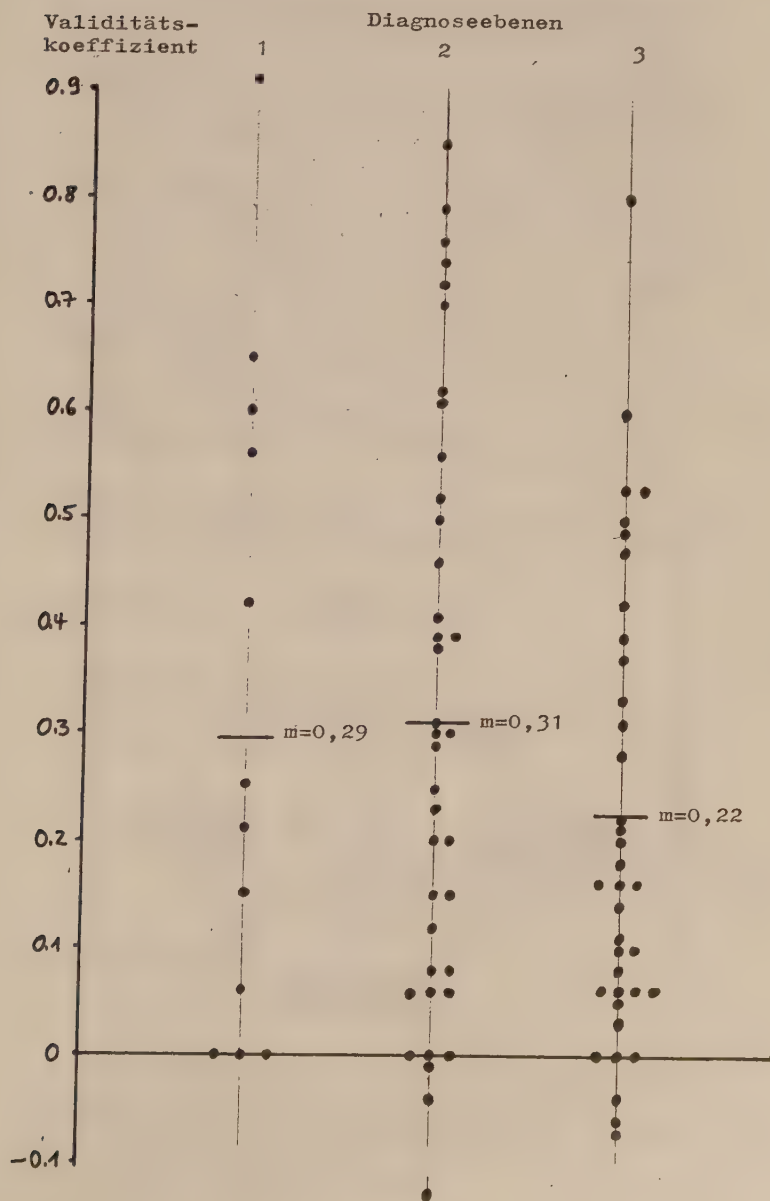


Diagnoseebene 2
(max. Punkte 37)



Diagnoseebene 3
(max. Punkte 37)

Abb.13: Vergleich der Diagnoseebenen
nach Validitätskoeffizienten



4.4.5. Interkorrelationen der Criteria

Bei der Vielzahl der 87 Criteria entstehen die verschiedensten Abhängigkeiten der Criteria voneinander. Für die gegenseitige Abhängigkeit zweier Criteria ist der Korrelationskoeffizient ein gutes Maß. Im folgenden sollen diese Interkorrelationen etwas beleuchtet werden. Die in der Abb. 14 dargestellten Criteria haben alle Interkorrelationskoeffizienten größer als 0,7. Bei diesen Criteria ist auch die Bejahungsdifferenz und die Korrelation zur Diagnose deutlich hoch. Bei der Durchsicht aller Interkorrelationen fallen einige Besonderheiten auf, die sowohl hohe als auch niedrige Interkorrelationskoeffizienten betreffen. (Tab. 19).

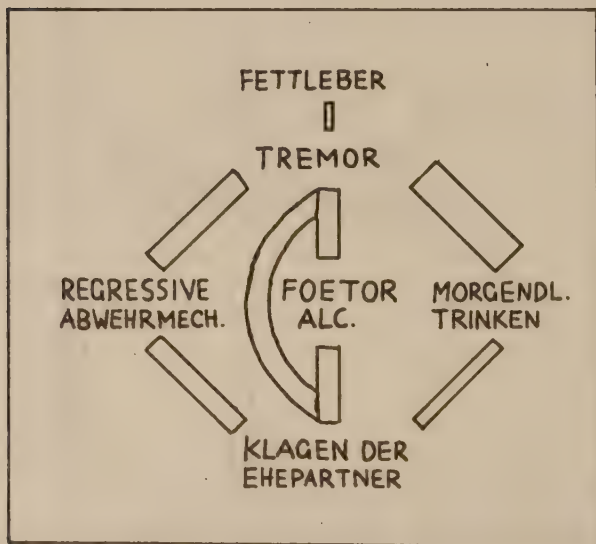


Abb. 14: Criteria mit Interkorrelationskoeffizienten größer als 0,7

Tab.19: Interkorrelationen ausgewählter Criteria

(Korrelationskoeff. > 0.55 = hoch,
Korrelationskoeff. > 0.4 = mittel,
Korrelationskoeff. < 0.4 = niedrig)

Delirium tremens:

mittel - Tremor, Black out, Fettleber, Trinken
gegen medizinische Kontraindikation

Wutausbrüche, SMV:

hoch - Trinken gegen soziale Kontraindikation
mittel - Gastritis
niedrig - Fettleber, SGOT, Delirium tremens

Verbitterung:

hoch - Depressionssymptome

Depressionssymptome:

niedrig - Trinken wegen Ärger

Medizinische Entschuldigung:

mittel - Trinken gegen soziale Kontraindikation
niedrig - Morgendliches Trinken

Fettleber:

niedrig - Familiäre Störungen

Alkoholmenge pro Tag:

hoch - Foetor alcoholicus, Kontrollverlust
niedrig - SGOT, Delirium tremens

SGOT:

hoch - Tremor
niedrig - Black out, Trinken gegen soziale Kontraindikation, Kontrollverlust, Depressionssymptome

Große Schlucke:

hoch - Kontrollverlust
niedrig - Morgendliches Trinken

Heimliches Trinken:

hoch - Tremor, Morgendliches Trinken

Klagen der Ehepartner:

niedrig - Delirium tremens

Mit den Daten der in der Poliklinik untersuchten Alkoholkranken (n=40) wurden zusätzliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Criteria untersucht. Von diesen 40 Alkoholkranken erfüllten 11 das Criterion Delirium tremens. Deren Altersverteilung ist im Verhältnis zur Altersverteilung der Gesamtuntersuchung auffällig:

Alter	Delirium-Patient	Gesamt-Unt.
20-30	0%	12,5%
31-40	27%	60%
41-50	55%	17,5%
51-60	18%	10%

Tab.20: Altersverteilung der Patienten mit und ohne Delir

Das Verhältnis der Gamma-Alkoholiker mit Delir zu den Delta-Alkoholikern mit Delir ist etwa 1:1, während das Verhältnis der Patienten der Poliklinik ohne Delir 3:1 Gamma:Delta-Alkoholikern beträgt. Alle Delir-Patienten hatten gleichzeitig eine Lebererkrankung, davon 45% eine Leber-Zirrhose. Die Criteria Delirium tremens und Trinkmenge über $1/3$ l Alkohol/die sind nur bei 4 Patienten gleichzeitig vorhanden.

Besondere Beachtung wurde noch dem Verhalten der Delta-Alkoholiker gewidmet. Ihre Altersverteilung unterscheidet sich nicht von der der Gesamt-Untersuchung. Auffällig ist, daß sich das Criterion Kontrollverlust und die Klassifikation Delta-Alkoholiker ausschließen. (Jeweils 13 unterschiedliche Patienten). Ebenso wie das Criterion Delirium tremens weisen auch die Criteria Fettleber, Hepatitis und Zirrhose eine zu höherem Lebensalter verschobene Altersverteilung auf.

4.4.6.Reduzierung der Criteria-Anzahl

Betrachtet man die Criteria als Untersuchungsinstrument und Diagnose-Schema, so ist man versucht, die Vielzahl der Criteria zu reduzieren, einerseits weil sehr viele Criteria für den praktischen Gebrauch entbehrlich scheinen, andererseits weil durch die Abhängigkeiten der Criteria voneinander ein zusätzliches Criterion keine neue Information liefern kann.

Mangelnde Praktikabilität trifft vor allem für eine Vielzahl von Criteria aus dem somatischen Bereich zu, die sehr ausgefallene Krankheitsbilder beschreiben oder nur mit sehr speziellen Untersuchungstechniken zu erheben sind. Ebenso dürfte der diagnostische Wert der Criteria, die bei Nichtalkoholikern häufiger als bei Alkoholikern vorkommen, ihre Eliminierung rechtfertigen. Die Abhängigkeit der Criteria voneinander besagt, daß bei sehr hoher Abhängigkeit zweier Criteria eines der beiden zur Stellung der Diagnose genügt, weil durch das andere keine neue Information hinzukommt. Bei der Berechnung der Regressionsanalyse der gesamten Criteria zeigte sich, daß fünf Criteria ausreichen, 90% der Varianz zu erklären, das heißt, daß jedes weitere Criterion zur Diagnosestellung nur noch einen Bruchteil beiträgt.

Criterion	Koeff.	SD	T-Test	FG	Signifik.
Tremor	0,4367	0,04	10,9	194	0,001
regress.Abwehrmech.	0,2073	0,03	6,41	194	0,001
Morgendl.Trinken	0,2335	0,04	6,07	194	0,001
Black out	0,1402	0,03	4,7	194	0,001
Verbitterung	0,0882	0,03	3,5	194	0,001

Tab.21: Regressionsanalyse der Criteria-5. Schritt

4.5. Einflüsse der Methodik auf die Ergebnisse

4.5.1. Mehrfachvertretung von Criteria durch Items unterschiedlichen Inhalts

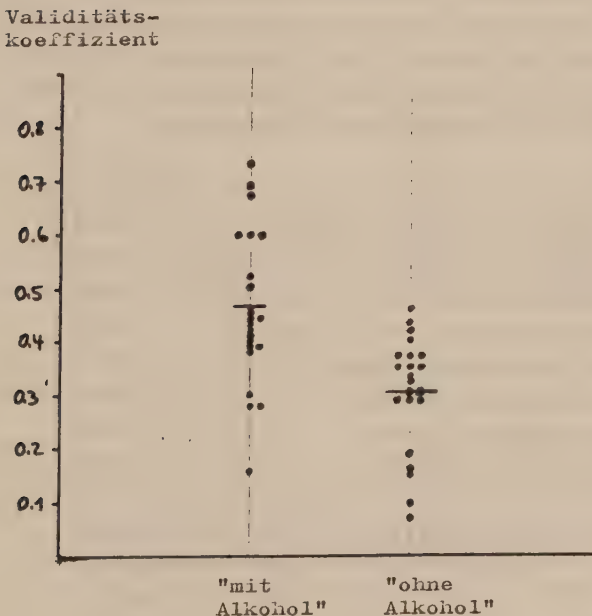
Eine Anzahl von Criteria war in der Untersuchung durch mehrere Einzelfragen unterschiedlichen Inhalts vertreten, wobei das betreffende Criterion kein Oberbegriff, sondern ein Sammelbegriff ist. Vergleicht man die Validitätskoeffizienten der Einzelfragen mit denen der Criteria, so stellt man einen deutlichen Summationseffekt fest (Tab.22).

Wutausbrüche und		Wutausbrüche und	0,28
Selbstmordhandlungen	0,49	Selbstmordhandlungen	0,37
		"nicht mehr trinken	
		als andere Leute"	0,44
Offener Ausdruck von		"andere Leute am	
regressiven Abwehr-		Trinken mitschuld"	0,28
mechanismen	0,79	"wegen Trinkens keine	
		Schwierigkeiten"	0,44
		Autofahren + Alkohol	0,31
Trinken trotz strenger		Familie + Alkohol	0,6
sozialer Kontraindi-		Arbeit + Alkohol	0,42
kation	0,65	Geld + Alkohol	0,39
		Ehe + Alkohol	0,45
		"Gelegenheiten, heim-	
		lich zu trinken"	0,5
		"Alkohol alleine	
Heimliches Trinken	0,61	besser genießen"	0,41
		"versteckter Vorrat"	0,38

Tab.22: Validitätskoeffizienten ausgewählter Criteria und ihrer Subitems

Unter den 17 Criteria, die einen Validitätskoeffizienten größer als 0,5 aufweisen, befinden sich 5 Criteria, die durch mehrere Einzelfragen unterschiedlichen Inhalts repräsentiert sind. Diese 5 Criteria wären aber jeweils auch durch eines ihrer Subitems mit einem Validitätskoeffizienten größer als 0,5 versehen gewesen.

Abb.15: Vergleich der Items "mit Alkohol" und "ohne Alkohol" nach Validitätskoeffizienten



4.5.2. Mehrfachvertretung von Criteria durch Items gleichen Inhalts in verschiedenen Untersuchungsschritten

Bei den Criteria, deren Inhalt in der Selbstbeurteilung als auch in der Fremdbeurteilung geprüft wurde, besteht eine deutliche Tendenz zu eindeutigeren Ergebnissen in der Fremdbeurteilung. Diese Tendenz, daß die Validitätskoeffizienten mit der Diagnose bei der Selbstbeurteilung wesentlich niedriger als bei der Fremdbeurteilung sind, findet sich bei allen Criteria. Wie erheblich diese Differenzen sein können, sei an dem Beispiel des Criterion "Morgendliches Trinken" gezeigt. Der Validitätskoeffizient der Selbstbeurteilung beträgt 0,518, der der Fremdbeurteilung 0,811. In den folgenden Tabellen 23 + 24 sind die Einzelfragen der Selbst- bzw. Fremdbeurteilung aufgeführt, die einen Validitätskoeffizienten zur Diagnose von größer als 0,5 aufweisen:

1. Vorwürfe des Ehepartners	.733
2. Trinken bei Niedergeschlagenheit	.688
3. Trinken gegen ärztliches Verbot	.670
4. Selbstbewußter nach Trinken	.600
5. Familienprobleme wegen Trinkens	.599
6. Nichtaufhörenkönnen	.603
7. Morgendliches Trinken	.518
8. Heimliches Trinken	.501

Tab.23: Validitätskoeffizienten der Items des Selbstbeurteilungsfragebogens

1. Tremor	.877
2. Morgendliches Trinken	.811
3. Klagen des Ehepartners	.775
4. Black out	.710
5. Abstinenzversuche	.690
6. Familiäre Veränderungen	.688
7. Morgendliches Erbrechen	.659
8. Trinken bevorzugt allein	.631
9. Einsamkeit, Isolation	.608
10. Heimliches Trinken	.584
11. Soziale Veränderungen	.563
12. Eingestehen des Abusus	.560
13. Verleugnen	.559
14. Verbitterung	.535
15. Ärger mit Vorgesetzten	.530
16. Schnapstrinken	.528
17. Arbeitsplatzwechsel	.506
18. Toleranzbruch	.502

Tab.24: Validitätskoeffizienten der Items
des Fremdbeurteilungsfragebogens

Im Selbstbeurteilungsfragebogen sind 17% der Items in der Rangliste mit einem Validitätskoeffizienten größer als 0,5 vertreten, von den Items des Fremdbeurteilungsfragebogens 31%.

4.5.3. Formulierung der Items

Zur Überprüfung, welchen Einfluß das Wort "Alkohol" bzw. die Erwähnung des Trinkens in der Formulierung der Items der Selbstbeurteilung hat, wurden die Items, in deren Formulierung das Wort "Alkohol" bzw. "Trinken" nicht vorkommt, mit denen verglichen, bei denen entweder "Alkohol" oder "Trinken" vorkommen. Es

stehen sich jeweils 22 Items gegenüber, die hinsichtlich der Differenzen ihrer Bejahungshäufigkeiten und ihrer Validitätskoeffizienten verglichen werden. In der Abb.15 sind die Validitätskoeffizienten beider Gruppen dargestellt. Die mittlere Differenz der Bejahungshäufigkeiten beträgt bei "mit Alkohol" 45,3, bei "ohne Alkohol" 24,1. Der mittlere Validitätskoeffizient bei "mit Alkohol" 0,46, bei "ohne Alkohol" 0,3. Ein Mittelwertvergleich für die Validitätskoeffizienten ergibt mit dem t-Test einen hochsignifikanten Unterschied. ($t=4,11$; FG 42).

4.5.4. Zuverlässigkeit der erhobenen Daten

4.5.4.1. Lügenitems aus dem FPI

Zur Beantwortung der Frage, ob das Instrument bei gleicher Wiederanwendung gleiche Ergebnisse liefert, können nur Teilbereiche der Ergebnisse meiner Untersuchung herangezogen werden. So sind in die Selbstbeurteilungsfragebögen 14 Lügenitems aus dem Freiburger Persönlichkeitsinventar eingearbeitet, deren unterschiedliche Beantwortung bei Alkoholkranken und Kontrollpersonen untersucht wird. Die Differenzen der Bejahungshäufigkeiten der Lügenitems schwanken zwischen +35 und -17. Sie sind in der Tabelle 25 aufgelistet.

Item-Nr. Diff. Item-Nr. Diff. Item-Nr. Diff.

701	0	706	-17	711	-11
702	35	707	9	712	2
703	16	708	0	713	1
704	9	709	-6	714	6
705	16	710	23		

Tab.25: Differenzen der Bejahungshäufigkeiten der Lügenitems

Die graphische Darstellung der Scores der Lügenitems in Abb.16 zeigt eine fast vollständige Überlappung der beiden Kollektive, was bedeutet, daß die durch die Lügenitems untersuchte Verleugnungstendenz in beiden Personengruppen etwa gleich groß ist. Der Mittelwert für die Kontrollpersonen beträgt 11,8, der für die Alkoholkranken 9,66.

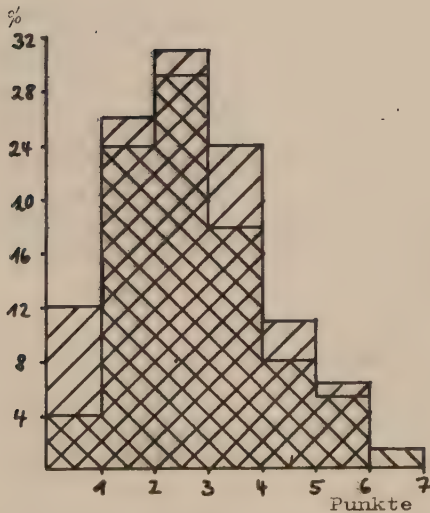


Abb.16: Score der Lügenitems

4.5.4.2. Vergleich Selbst- und Fremdbeurteilung

Die Zuverlässigkeit der erhobenen Daten läßt sich außer mit den Lügenitems auch mit der unterschiedlichen Beantwortung korrespondierender Fragen in der Selbst- und Fremdbeurteilung beleuchten. Es finden sich 12 Items, die hinsichtlich Inhalt und Formulierung in beiden Untersuchungsschritten - Selbst- und Fremdbeurteilung - gleich sind. Es wird nun für jede einzelne Person das unterschiedliche Antwortungsverhalten untersucht. Diejenigen Konstellationen, bei denen das Fremdbeurteilungs-Item des Item-paares sicher vorhanden, das Selbstbeurteilungs-Item aber nicht vorhanden ist, werden im folgenden als "Verleugnung" bezeichnet. Für jede untersuchte Person kann nun die Anzahl der für sie zutreffenden "Verleugnungen" festgestellt werden. Summiert man die "Verleugnungen" insgesamt, so ergibt sich, daß die Alkoholkranken 242 "Verleugnungen" aufweisen, die Kontrollpersonen nur 21. Bei den Alkoholkranken haben 13% keine "Verleugnung", gegenüber 76% bei den Nichtalkoholkranken. Vier und mehr "Verleugnungen" haben 19% der Kranken und 0% der Gesunden (Abb. 17).

Die Gesamtzahl der "Verleugnungen" täuscht allerdings einen übertriebenen Trend vor, weil die Bejahungshäufigkeiten der bezogenen Items bei den Alkoholkranken wesentlich größer als bei den Nichtalkoholkranken sind, und damit auch die Wahrscheinlichkeit für eine "Verleugnung" bei diesen Items für die

Alkoholkranken größer ist als für die Nichtalkoholkranken. Daher müssen die "Verleugnungen" auf die Anzahl der "sicher vorhandenen" bei diesen Items bezogen werden. Dieser Quotient "Verleugnung"/"Treffer" beträgt für die Alkoholkranken $242/733=0,33$ und für die Nichtalkoholkranken $21/100=0,21$.

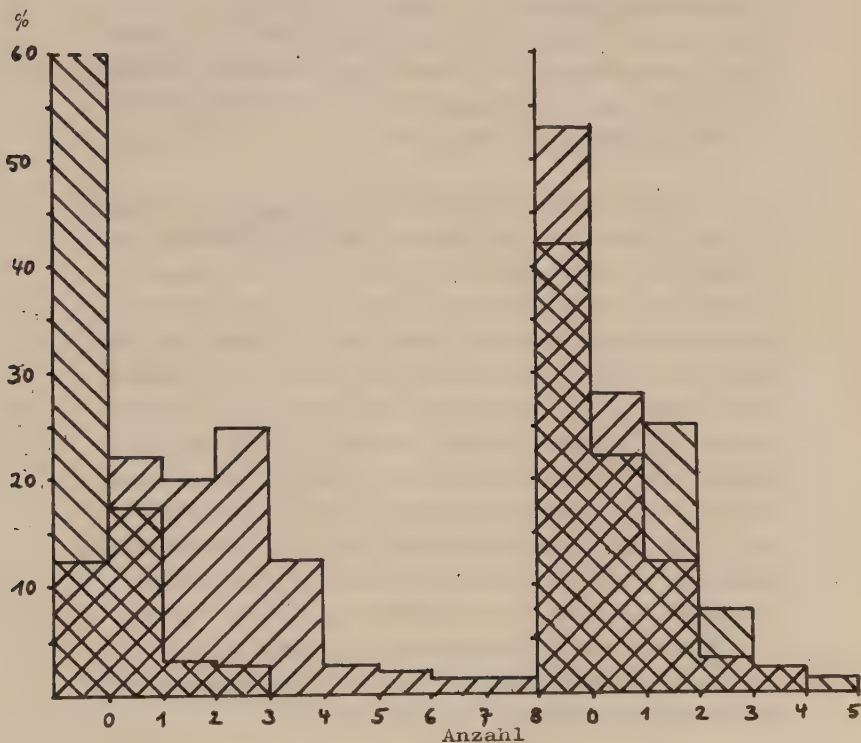


Abb.17: "Verleugnungen"

Abb.18: "Irrtümer"

Umgekehrt können die Itempaare auch dahingehend geprüft werden, ob bei einzelnen Personen in der Selbstbeurteilung sicher vorhandene Items in der Fremdbeurteilung als nicht vorhanden beurteilt wurden. Diese Konstellation soll als "Irrtum" bezeichnet werden. Die Gesamtzahl der "Irrtümer" beträgt bei den Alkoholkranken 82 und bei den Nichtalkoholkranken 89. Ebenfalls bezogen auf die Bejahungshäufigkeit dieser Items erhält man die Quotienten: $\text{Alkoh. } 82/801 = 0.12$, $\text{N-Alkoh. } 89/184 = 0.5$. In Abb.18 sind die Verteilungen der "Irrtümer" bei beiden Gruppen dargestellt.

Die oben erwähnten "Verleugnungen", als Differenz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung, wären bei fehlender Fremdbeurteilung als nicht vorhandene Items unerkannt geblieben. Es soll jetzt für die betreffenden Items eine Prozentzahl angegeben werden, die aussagt, wieviele der endgültigen Punktzahlen der einzelnen Items nur durch die Fremdbeurteilung erkannt werden konnten, bzw. durch den Effekt der "Verleugnungen" bei reiner Selbstbeurteilung nicht erkannt worden wären. Hierzu wird die Zahl der "Verleugnungen" bei dem betreffenden Item auf die Gesamtzahl der Treffer bei diesem Item bezogen. Diese Prozentzahlen seien für die Alkoholkranken im folgenden aufgeführt, um zu zeigen, welche Items von dem "Verleugnungseffekt" besonders betroffen sind (Tab.26).

1. Finanzielle Schwierigkeiten	80%
2. Schwierigkeiten mit Vorgesetzten	55%
3. Gefühl der Einsamkeit, Isolation	35%
4. Morgendliches Trinken	35%
5. Toleranzbruch	35%
6. Heimliches Trinken	30%
7. Klagen des Ehepartners	30%
8. Verbitterung über Schicksal und Lebensprobleme	28%
9. Black out	25%

Tab.26: Prozentualer "Verleugnungseffekt" für
einzelne Items

5. Diskussion

5.1. Grunddaten der Untersuchung

Die Altersverteilung der untersuchten Alkoholkranken zeigt ein deutliches Überwiegen der 30-40jährigen Patienten. Im Vergleich zu früheren Untersuchungen (GLATT 43) zeigt sich eine Tendenz zur Vorverlegung des Manifestationsalters. Diese Tendenz, die DIETRICH bereits 1960 (15) angesprochen hat, zeigt sich auch im Vergleich zu seinen in München erhobenen Daten. Dennoch fällt beim Vergleich mit jüngeren Arbeiten (EDWARDS 23) ein überproportionierter Anteil von 30-40jährigen Patienten in unserer Untersuchung auf. Eine Ursache dafür könnte sein, daß die Patienten, die alle zur konsiliarischen Untersuchung von einem Allgemeinkrankenhaus überwiesen wurden, erstmalig als Alkohol Kranke auftraten, während Patienten, die zum wiederholten Mal in das Krankenhaus wegen Komplikationen ihrer Alkoholkrankheit aufgenommen wurden, nicht erneut dem Psychiater vorgestellt worden sind. Diese Altersverteilung kann auch die relativ geringe Manifestation von Komplikationen des Alkoholismus in dieser Gruppe von Patienten erklären.

Der hohe Anteil an Geschiedenen in der Gruppe der Alkoholkranken unserer Untersuchung deckt sich fast genau mit den Ergebnissen anderer Untersucher (GLATT 43, 35% Geschiedene; FEUERLEIN 33, 25% Geschiedene).

Über die Berufe mit hohem Risiko, an Alkoholismus zu erkranken, gibt es von einigen "klassischen" Berufen, abgesehen, in der Literatur, unterschiedliche Angaben. In der von uns un-

tersuchten Gruppe von Alkoholkranken sind jeweils 10% Personen aus sogenannten alkoholnahen Berufen und 10% Handelsreisende, zwei Berufsgruppen, die wiederholt als besondere Risikogruppen herausgestellt werden (EDWARDS 18, MELLOR 76, FEUERLEIN 30). Ein auffälliges Ergebnis aber ist, daß 70% der untersuchten Alkoholiker Arbeiter sind. Betrachtet man die Angaben anderer Autoren, so schwankt dort die Häufigkeit der Arbeiter unter den Alkoholikern zwischen 36% (FEUERLEIN 33) und 70% bei den für 1960 angegebenen Zahlen von DIETRICH (15). Von dieser Zahl abgesehen, liegen die 70% Arbeiter in unserer Untersuchung höher als bei anderen Untersuchern. LACHNIT (64) fand für 1968-1973 54% Arbeiter unter seinen Alkoholkranken, AUCH (2) für die in ein Landeskrankenhaus eingewiesenen Alkoholiker 50%. FEUERLEIN gibt 1967 (26) 63% Arbeiter unter seinen Alkoholkranken an. Die unterschiedliche Anzahl von Arbeitern unter den Alkoholikern der einzelnen Arbeiten hängt wahrscheinlich von dem Überweisungsmodus der Kranken ab. Eine unfreiwillige Untersuchung, wie sie bei unseren Patienten vorlag, dürfte niedrigere soziale Schichten eher auslesen als höhere (vgl. FEUERLEIN 33). 20% unserer alkoholkranken Patienten stammen aus Bauberufen, diese Zahl, die deutlich über dem Anteil der Bauberuf-ler an der erwerbstätigen Bevölkerung liegt, deckt sich mit Angaben anderer Autoren (FEUERLEIN 27, LACHNIT 65). Der sehr hohe Anteil von Facharbeitern der metallverarbeitenden Industrie läßt sich wahrscheinlich auf lokale Gegebenheiten des industriellen Einzugsgebietes des Krankenhauses erklären, wenn-gleich auch WIESER (109) schreibt: "Bei Facharbeitern bringt der Beruf es mit sich, daß sie praktisch täglich Alkohol trinken." Der äußerst hohe Anteil von Arbeitslosen bei den Alkoholikern ist besonders

dadurch als eindrucksvoll zu bewerten, da im Untersuchungszeitraum die allgemeine Arbeitslosigkeit nur wenige Prozent betrug. Nimmt man die Patienten der Unterschicht und die Arbeitslosen unter den Alkoholikern zusammen, so erhält man nahezu 50% Patienten, die sozial nicht mehr eingeordnet sind. HELMCHEN (51) berichtet über ein ähnliches Patientengut, bei dem 25%-33% noch sozial eingeordnet sind. Für unser Patientengut trifft die Behauptung von MELLOR (76), "Alkoholismus scheint in der mittleren sozio-ökonomischen Schicht nicht vorzukommen", nicht zu.

5.2. Validität der Criteria

Zwanzig der 87 Criteria waren bei mehr als 66% der Alkoholkranken sicher vorhanden. Die meisten von ihnen sind auch in früheren Untersuchungen bereits quantitativ erfaßt worden. Diejenigen, für die aus mehreren Untersuchungen Ergebnisse vorliegen, sind in der folgenden Tabelle 27 im Vergleich zu den Zahlen unserer Untersuchung dargestellt. Bei den 7 Criteria, die nahezu gleichlautend in verschiedenen Untersuchungen ausgewertet wurden, zeigen sich zum Teil fast identische Bejahungshäufigkeiten. Lediglich die Criteria "Fettleber" und "Arbeitsplatzverlust" weisen bei unserer Untersuchung eine deutlich höhere Bejahungshäufigkeit auf. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß das Criterion "Fettleber" bereits durch den klinischen Verdacht erfüllt war. Inwieweit Alkoholprobleme am Arbeitsplatz in der Bundesrepublik eine größere Rolle als in den USA spielen, kann hier nicht beantwortet werden. Für die anderen Criteria, die bei unserer Untersu-

Criterion	eigene Unters. n=120	GLATT 1961 n=200 (43)	SELZER 1971 n=116 (102)	POKORNY 1972 n=60 (90)	RIMMER 1972 n=259 (92)	PARK 1972 n=782 (87)	MAYFIELD 1974 n=366 (75)	MORSE 1975 n=50 (80)
Morgendliches Trinken	97	86	85	97	78	94	63	66
Tremor	93	75	--	--	--	89	--	--
Klagen des Ehepartners	92	--	86	91	--	90	--	93
Abstinenzversuche	82	81	--	--	--	50	87	--
Black out	81	78	80	90	71	85	--	74
Fettleber	77	--	31	25	24	--	--	--
Arbeitsplatzverlust	71	52	39	71	--	57	--	15

Tab.27: Vergleich der Bejahungshäufigkeiten einzelner Criteria
Häufigkeitsangaben in % bei verschiedenen Untersuchungen

chung eine hohe Bejahungshäufigkeit aufweisen, finden sich zum Teil nur halbquantitative Aussagen bei anderen Autoren. Das Criterion "Regressive Abwehrmechanismen" wird bei PITTMAN (88) als häufig angegeben und dort auch mit drei Untertiteln erläutert: Verleugnung, Rationalisieren des Alkoholtrinkens (z.B. wegen Durst oder Ernährung) und Projektion (z.B. Verlagerung der Schuld auf einen anderen). Zum Teil sind unsere Criteria als Summationsbegriffe weit erfaßt, so daß keine vergleichbaren Daten zu diesen Summenbegriffen vorliegen. Das Criterion "Morgendliches Erbrechen", das bei 80% unserer Alkoholiker vorhanden ist, wird von LUTEROTTI (70) bei 54% seiner Patienten berichtet. Auf die unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten dieses Symptoms weist EDWARDS (24) hin. Ebenfalls bei LUTEROTTI (70) findet sich die Angabe, daß 78% seiner Patienten an Fettleber erkrankt seien, eine Zahl, die mit der unserer Untersuchung übereinstimmt. Aus der Schweiz (111) wird für die Erhöhung der GOT eine Häufigkeit von 34% bei 90 chronischen Alkoholikern angegeben. Die GPT war bei 23% pathologisch, in 88% aller chronischen Alkoholiker dieser Untersuchung fand sich eine pathologische Erhöhung der Gamma-Glutamyl-Transpeptidase, ein Enzym, das in den Criteria nicht enthalten ist, und das vor allem für Verlaufskontrollen von Alkoholikern eine besondere Bedeutung zu haben scheint (86). Einige oft zitierte Symptome (65, 76) bei chronischem Alkoholismus sollen hier noch beleuchtet werden. Die Leberzirrhose als häufigste Todesursache chronischer Alkoholiker wird mit sehr unterschiedlichen Häufigkeiten (2,4-28%, zit. nach BODE, 8) (9%, 78) angegeben; die Häufigkeit in unserer Untersuchung betrug 15%. Auch im Zusammenhang mit den

unterschiedlichen Häufigkeiten des Symptoms Fettleber bei Alkoholikern sei auf BODE (8) verwiesen, der darstellt, wie die Schädigung der Leber von der Dauer der Alkoholeinwirkung abhängt und zeigt, daß die alkoholische Leberschädigung durch absolute Abstinenz deutlich reversibel ist. Die Unterscheidung der einzelnen Criteria der Leberschädigung durch Alkoholabusus wird neuerdings (66) zu Gunsten einer möglichen Einheit (fettige Degeneration - Hepatitis - Zirrrose) unterschiedlicher Ausprägung angesehen. Die Pankreatitis als Folgeerscheinung des chronischen Alkoholismus wird ebenfalls mit sehr unterschiedlichen Häufigkeiten angegeben. Dies wird verständlich, wenn man bedenkt, daß die chronische Pankreatitis zwar eine sehr häufige, aber eine sehr schwer zu diagnostizierende Erkrankung ist (49). Der Einfluß chronischen Alkoholabusus auf die Entwicklung einer Pankreatitis scheint aber nicht in Frage zu stehen (94). Bei unserer Untersuchung hatten 9% der Alkoholkranken eine chronische Pankreatitis. Die Hyperurikämie als Symptom des chronischen Alkoholismus, wie sie kürzlich (108) zur Diagnose angegeben wurde, konnten wir nur bei 16% der Alkoholkranken unserer Untersuchung finden, wobei allerdings zu beachten ist, daß bei 65% der Harnsäurewert nicht bestimmt worden ist. Von den neurologischen Folgeerkrankungen des Alkoholismus fanden wir bei 28% eine Polyneuropathie (vgl. 10-20% 78, 20% 8). 13% unserer Patienten hatten Anfälle auf der Basis eines Alkoholentzugs; für dieses Symptom liegen wiederum, je nach Strenge der diagnostischen Beurteilung, unterschiedliche Zahlen vor (19% 43, 0,5-20% 34). Die wichtigste psychiatrische Folgeerkrankung des Alkoholismus ist das Delirium tremens. 31% unserer

Alkoholkranken hatten ein oder mehrere Delirien. FEUERLEIN (29) gibt 15%, BODE (8) 26% an. Neben der Leberzirrhose ist der Suicid die zweithäufigste Todesursache von Alkoholikern. 13-76% aller Alkoholiker haben Selbstmordversuche unternommen (32). Innerhalb dieser Schwankungsbreite geben andere Autoren Häufigkeiten zwischen 28% (51) und 51% (87) an. 46% der von uns untersuchten Alkoholkranken bejahten das Kriterium "Selbstmordversuche während des Trinkens". Unter den sozialen Schäden chronischen Alkoholmißbrauchs haben die Auswirkungen auf die Kinder Alkoholkranker die größte Tragweite (KIELHOLZ 64). NYLANDER (85) berichtet, daß 29% der Kinder Alkoholkranker unter Ängsten und Depressionen leiden und 48% Probleme in der Schule hätten. Demgegenüber gaben von unseren Alkoholkranken nur 8% an, daß ihre Kinder unter Schwierigkeiten in der Schule, bzw. Verhaltensstörungen leiden. Ein besonderer Typ von Alkoholkranken, bzw. ein besonderes Stadium dieser Erkrankung, ist durch den Begriff "Skid Row" geprägt. PITTMAN (88) beschreibt diesen "chronic drunkenness offender", bei EDWARDS (22) finden sich Angaben über Sozialstruktur und Erkrankungen dieser Personengruppe. 20% unserer Alkoholiker waren vom "Skid Row"-Typ. Schließlich sollen noch zwei Criteria des Trinkverhaltens angesprochen werden. 39% der von uns untersuchten Alkoholiker gaben an, daß sie wegen Fahrens unter Alkoholeinfluß mit der Polizei in Konflikt gekommen waren. 87% unserer Alkoholiker fahren regelmäßig mit dem Auto - bei Berücksichtigung der bedeutenden Einflüsse des Alkohols auf das Fahrverhalten (42) eine erschreckende Tatsache. GLATT (49) berichtet, daß 25% seiner Alkoholkranken wegen Fahrens unter Alkoholeinfluß mit der Polizei in Kon-

flikt gekommen sind, und daß 50% der schweren Unfälle durch alkoholisierte Fahrer verursacht worden sind. Er vertritt weiter die Ansicht, daß Fahren unter Alkoholeinfluß als ein Frühsymptom anzusehen ist. Nur 59% der von uns untersuchten Alkoholkranken zeigen das Criterion "Kontrollverlust". Nach KELLER (63) müßten demnach 41% fälschlicherweise als Alkoholiker behandelt worden sein. Wir haben als "Kontrollverlust" aber nur das bezeichnet, was JELLINEK (58) als "inability to stop" definiert, ohne in die Grundsatzdiskussion über diesen Begriff eintreten zu wollen.

23 der verwendeten 87 Criteria waren bei weniger als 5% aller Alkoholiker vorhanden. Selbst wenn man davon ausgeht, daß diese Symptome selten sind, so ergibt sich ihr seltenes Diagnostiziertwerden zum Teil aus der Schwierigkeit der Diagnosestellung selbst, sei es, daß sie an histo-pathologische Befunde, die nur post mortem erhoben werden können, gebunden ist, oder sei es, daß wie bei der Kardio-myopathie zur exakten Diagnosestellung neben der Herzkatheteruntersuchung andere aufwendige diagnostische Tests notwendig sind (10). Die Diagnose der alkoholischen Myopathie läßt sich nur durch ein Elektromyogramm und eine Muskelhistologie stellen (82).

Mit der Zunahme an diagnostischen Möglichkeiten steigen auch die beobachteten Häufigkeiten der Folgesymptome des Alkoholismus. So wird aus der Schweiz berichtet (50), daß bei 46% von chronischen Alkoholikern ein deutlicher Vitamin-B1-Mangel bestand. Da die Criteria als Diagnosekriterien verstanden werden wollen, müssen sie sich an der Möglichkeit, die angesprochenen Symptome zu diagnostizieren, messen lassen. Ein großer Teil

der angegebenen Criteria läßt sich aber mit den in Deutschland zur Zeit üblichen Methoden nicht diagnostizieren.

Die acht Criteria, die bei mehr als einem Drittel der Nichtalkoholiker sicher vorhanden waren, sollen im folgenden kurz angesprochen werden.

Mit 51% das häufigste Criterion bei Nichtalkoholkranken ist "Grober Alkoholabusus"; hiermit ist ausgesagt, daß die Hälfte der untersuchten Nichtalkoholiker einmal im Jahr einen Rauschzustand erleben. Dieser ist zumeist an Familienfeste gebunden. Das zweithäufigste Criterion "Trinken wegen Ärger" beleuchtet das Trinkverhalten der untersuchten Personen. Das Criterion "Ungeklärte soziale Veränderungen" war durch viele Einzelfragen vertreten, von denen einige durch ihre Formulierung bzw. ihren Inhalt ("Haben Sie das Gefühl, daß auf Ihre Freunde kein Verlaß ist?") wenig typisch waren. "Interessenverlust" fand sich besonders häufig bei Kontrollpersonen höheren Lebensalters und scheint einen normalen Verlust an Aktivität wiederzuspiegeln. Das Criterion "Wiederholte Abstinenzversuche" scheint von vielen Kontrollpersonen mißverstanden worden zu sein. Von ihnen wurde als Abstinenzversuch nicht ein willentliches Verzichten auf Alkoholgenuß, sondern eher ein zufälliges Nichttrinken verstanden. Das Criterion "Trinken in Bars und Kneipen" erreicht bei Nichtalkoholikern eine höhere Häufigkeit als bei Alkoholikern, wobei die Differenz allerdings sehr gering ist.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß nur ein Fünftel der angegebenen Criteria hinsichtlich ihrer Trennfähigkeit zwischen Alkoholkranken und Nichtalkoholkranken und hinsichtlich ihrer Anwendungsmöglichkeit gute Ergebnisse erzielen.

5.3. "Symptomenbereiche"

Die Criteria sind von uns in vier Symptomenbereiche gegliedert worden, von denen zwei sehr gut zwischen Alkoholkranken und Kontrollpersonen trennen, zwei nur bedingt trennen. Zu der Trennfähigkeit des Somatischen Bereiches muß erwähnt werden, daß in unserer Untersuchung "Patienten" mit "Patienten" (i.e. Alkoholkranke mit anders Kranken) verglichen worden sind. Daraus resultiert, daß in der Kontrollgruppe die Anzahl der vorhandenen somatischen Criteria höher ist als bei einem Normalkollektiv. Demgegenüber setzte sich die Gruppe der Alkoholkranken aus Patienten verschiedenen Lebensalters und verschiedener Stadien ihrer Erkrankung zusammen. Hieraus wird verständlich, daß ein Teil der Alkoholkranken keine somatischen Schäden aufweist. Zu der relativ geringen Trennfähigkeit der Criteria des Psychosozialen Bereiches sei angemerkt, daß einerseits die Alkoholkranken in unserer Gesellschaft ihren Alkoholismus teilweise mit ihrer sozialen Stellung gut vereinbaren können, daß andererseits die Gruppe der Kontrollpersonen fast ausnahmslos aus Patienten bestand, deren Wohnsitz im Norden Münchens in sozial schlechter strukturierten Stadtteilen gelegen ist. Eine überproportionierte Häufigkeit der Criteria aus dem psychosozialen Bereich bei den Kontrollpersonen läßt sich aus diesem Selektionsfaktor erklären. Hinter den relativ hohen Punktwerten der Nichtalkoholkranken in den Bereichen Somatische Schäden und Psycho-soziale Schäden verbirgt sich zum Teil auch gesellschaftliches Trinken, das Schäden

hervorruft, und damit die von JELLINEK apostrophierten Beta-Trinker (59).

Bei den Bereichen Psychopathologie und Trinkverhalten ergibt sich eine sehr gute Trennfähigkeit. Diese Bereiche scheinen besonders das abhängige Trinken wiederzuspiegeln. Die gute Trennfähigkeit des Bereiches Trinkverhalten fällt auf, da gerade hier Verleugnung bei den Alkoholikern und Mißverständnis bei den Nichtalkoholikern Verschiebungen erwarten ließen. Die Analyse der Criteria-Häufigkeiten der Nichtalkoholkranken in den einzelnen Symptomenbereichen läßt eine Beschreibung der untersuchten Kontrollpersonen zu. Bereits früher (47,83) wird eine Diagnosestellung des Alkoholismus aus der Erfüllung verschiedener Symptomenbereiche heraus angegeben. Bei allgemein relativ geringen Bejahungshäufigkeiten der Criteria bei den Kontrollpersonen fallen die Patienten auf, die in mehreren Symptomenbereichen eine Anzahl von Criteria sicher vorhanden haben. Die genannten Patienten, die in allen Bereichen mehr als drei Criteria sicher vorhanden haben, müssen retrospektiv besonders bei Würdigung der einzelnen Krankengeschichten als Alkoholkranke angesehen werden, die fälschlicherweise in die Gruppe der Kontrollpersonen geraten sind. Zusätzlich zu diesen Kontrollpersonen fallen noch die auf, die in einzelnen Symptomenbereichen hohe Punktwerte erreichen. Im Psychosozialen Bereich erklärt sich dies, wie schon vorher gesagt, aus den intercurrent vorhandenen somatischen Erkrankungen. Im Psychopathologischen Bereich finden sich Kontrollpersonen mit hohen Punktwerten, bei denen aufgrund ihrer bestehenden körperlichen Erkrankung, bzw. einer anderen psychischen Erkrankung sich eine Erklärung anbietet. Ein

auffälliges Ergebnis bei den Nichtalkoholkranken ist das Verhalten im Bereich Trinkverhalten. Hier zeigt sich, daß 15 Nichtalkoholiker einen relativ hohen Punktwert erzielen, daß diese Personen bezüglich anderer Parameter keine Gemeinsamkeiten aufweisen, daß sie aber alle einen Beruf innehaben, der keiner direkten Kontrolle durch einen Vorgesetzten unterliegt. Insgesamt erweisen sich die Criteria der Bereiche Trinkverhalten und Psychopathologie als besonders valide und am wenigsten von der Zusammensetzung der untersuchten Gruppen abhängig.

5.4.Criteria als Diagnose-Schema

"Es steht außer Frage, daß es "Alkoholiker" gibt. Bestimmte Menschen werden so jeden Tag etikettiert. Aber daraus folgt nicht notwendigerweise, daß es eine Wesenseinheit Alkoholismus gibt. Die vorliegende Studie hat angenommen, daß "Alkoholismus" ein Begriff ist, der sich auf eine Konstellation oder Konfiguration von Verhaltensweisen zurückführt, die ein Individuum zu einem geeigneten Kandidaten für das Etikett "Alkoholiker" machen, wenn sie von ihm gezeigt werden." (84)

Was soll mit den Criteria diagnostiziert werden? Soll es eine Konfiguration von Verhaltensweisen sein, wie oben zitiert, oder soll es eine Krankheit sein, oder sollen es bestimmte Typen der Krankheit Alkoholismus (59) sein? Vor der Bewertung der Criteria als Diagnose-Schema muß auf diese Frage eine kurze Antwort gefunden werden.

Der entscheidende Punkt hierbei ist die "confusion" um den Begriff Alkoholismus (20). Die vorhandenen Definitionen des Begriffs Alkoholismus unterscheiden sich je nach Autor und Veröffentlichungsjahr. In seiner zweiten weit gefaßten Definition spricht JELLINEK 1960 (58) vom Alkoholismus: "Jeder Gebrauch, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden Schaden zufügt." In der Definition der WHO von 1965 (16) wird vor allem das Trinkverhalten, das von der kulturellen Norm abweicht, bzw. das gesundheitliche oder soziale Schäden hervorruft, als entscheidend für Alkoholabhängigkeit genannt. Legt man das Trinkverhalten in bezug auf die Umgebungskultur zugrunde, so gelangt man zu einem Kontinuum zwischen Gesunden und solchen, die an den Folgen ihres Alkoholismus sterben (77), womit aber über die diagnostische Begrenzung des Begriffs Alkoholismus nichts gesagt ist. Nach KELLER (62) ist Alkoholismus eine chronische Erkrankung, die sich durch "repeated implicative drinking" manifestiert in einer Weise, daß dieses Trinken der Gesundheit des Trinkers oder seiner sozio-ökonomischen Funktion Schaden zufügt. In dem Begriff "implicative drinking" ist der Begriff "loss of control" enthalten. Über die Auslegung dieses Begriffes, der für die Alkoholabhängigkeit von entscheidender Bedeutung ist, schlägt KELLER zwei Begriffe vor: "inability to stop drinking" und "inability to abstain", womit er auf JELLINEKS ursprüngliches Konzept des Kontrollverlustes zurückkommt (63). Daß diese Definitionsfragen nicht nur theoretischen sondern auch entscheidenden praktischen Wert haben, hat ROBINSON (95) klar dargestellt. Die Definition KELLERS (62) erfaßt

einen weiteren Bereich des Alkoholismus, vor allem die beiden Untergruppen Alkoholmißbrauch (=problem drinking) und Alkoholabhängigkeit (=alcoholism). Da die Criteria-Autoren ebenfalls eine großzügige Auslegung des Begriffes Alkoholismus verwenden, soll bei unserer Betrachtung die letztgenannte Definition zugrunde gelegt werden.

Bei der Beurteilung eines Diagnose-Schemas ist neben den Definitionsproblemen auch von Bedeutung, von welchem Untersucher und zu welchem Zweck das Schema benützt wird. Die kürzlich von FISHER (38) angegebene Diagnose-Formel soll es dem Hausarzt ermöglichen, die Diagnose zu stellen. Einen ganz anderen Weg muß der beschreiten, der aus therapeutischen Erwägungen einzelne Typen von Alkoholikern differenzieren möchte (28). Soll ein Schema als Diagnosemittel für epidemiologische Untersuchungen verwendet werden, so muß es anders bewertet werden (19). Schließlich wird die Aufgabe des Diagnose-Schemas bei den Criteria-Experten selbst dadurch in Frage gestellt, daß letztlich der klinische Eindruck vom Patienten entscheidend sei.

Das Diagnose-Schema der Criteria-Experten enthält einige Unklarheiten, die aus dem Flußdiagramm auf S. 48 hervorgehen. Einmal ist nicht klargestellt, ob ein Hauptkriterium aus einer Symptomen-Spur ausreicht, die Diagnose zu stellen. Zum anderen ist nicht deutlich gesagt, ob jeweils ein Nebenkriterium aus beiden Symptomen-Spuren für die Diagnosestellung genügt. Wir haben bei der Beurteilung des Diagnose-Schemas beide Fragen bejaht und die Expertenanzahl damit weit ausgelegt. Da unter Anwendung dieses Diagnose-Schemas keine falsch-negativen Diagnosen zu Stande gekommen sind, sollen im folgenden nur die Ursachen dafür untersucht werden, daß bei Anwendung des Diagnose-Schemas 53% der Nichtalkoholkranken die Diagnose Alkoholismus erhielten.

Eine hohe Zahl falsch positiver Diagnosen ist bei einem screening-Instrument möglich und erwünscht, bei einem Diagnoseinstrument aber nicht erwünscht (103). Die große Anzahl falsch positiver Diagnosen hat eine Anzahl von Gründen:

1. Unter den Kontrollpersonen finden sich, wie an anderer Stelle gezeigt, "echte" Alkoholiker, die im Gegensatz zu anderen Untersuchern (102) von uns nicht nachträglich eliminiert wurden. Diese 12% Alkoholiker in der Kontrollgruppe bezeichnen das Problem des "versteckten Alkoholismus", der in einem normalen medizinischen Krankengut mit 27% der männlichen Patienten (5) angegeben wird. Daß trotz unseres relativ strengen Außenkriteriums (vgl.71) unter den Kontrollpersonen 12% Alkoholiker sind, ist erstaunlich, wird aber durch andere Untersuchungen bestätigt. (36). MORSE (80) fand in einer ohne Außenkriterium zusammengestellten Untersuchungsgruppe nur 9% versteckte Alkoholiker. FEUERLEIN (35) hat die gleiche Stichprobe, von der die Daten unserer Untersuchung stammen, mit einem anderen Instrument untersucht und kam auf eine Mindestanzahl von ebenfalls 9% versteckten Alkoholikern.

2. In unserer Untersuchung wurden "Patienten" (Alkoholiker) mit anderen "Patienten" (Nichtalkoholiker) verglichen. Es war kein Vergleich von Alkoholkranken mit Normalpersonen. Hieraus erklärt sich eine relative Häufung der somatischen Criteria, aber auch eine Beantwortungshäufigkeit von Criteria anderer Bereiche bei Nichtalkoholkranken, z.B. aus dem psychopathologischen Bereich bei Tumorkranken. MELLOR (76) gibt bei "Patienten" eine Quote von 13,8% Alkoholkranken an. Ein Instrument, das Alkoholkranken mit Normalpersonen vergleicht, hätte keine ausreichende Aussagekraft (36). Die Anforderung, verschiedene Patientengruppen voneinander zu unterscheiden, kann das Diagnose-Schema der Criteria-Experten

nicht ausreichend erfüllen.

3. Einige Criteria erweisen sich als zu sensibel für die Trennung Alkoholkranker von Kontrollpersonen. Dies liegt zum Teil an der unterschiedlichen Inkriminierung verschiedener Tatbestände in den USA und Deutschland. Die Unterschiede beruhen darauf, daß die USA und Deutschland verschiedenen "Kulturen" in bezug auf Alkoholkonsum (89) angehören. Die von JELLINEK (58) für Frankreich beschriebene Trinkkultur scheint große Parallelen zu der in Bayern aufzuweisen. Eine tägliche Alkoholaufnahme von 40 ml reinem Alkohol (entsprechend 2 Halbe Bier bzw. 2 Viertel Wein) bei weiten Teilen der Bevölkerung würde bei der überwiegenden Mehrheit der Nordamerikaner Erschrecken auslösen (59). Die Bewertung des Trinkens wird vom Trinkverhalten der betreffenden kulturellen Umgebung stark geprägt (4). Beim Vergleich der bedeutenden Untersuchungen von CAHALAN (12) und WIESER (109) werden die Unterschiede des Trinkverhaltens klar ersichtlich. Während in Amerika 47% der Bevölkerung als bedingte Abstinenzler angesehen werden, sind es in Deutschland nur 25%. Nur 20% der befragten Nordamerikaner trinken einmal in der Woche Bier, in Bayern trinken aber 39% der Bevölkerung täglich Bier. 75% der Befragten in den USA besitzen zum Trinken eine eher negative Haltung ("Trinken macht mehr Ärger als Freude"), in der Bundesrepublik können sich demgegenüber 56% der Bevölkerung nicht vorstellen, daß sie Abstinenzler sein könnten.

4. Als eine weitere Ursache dürfte der phasenhafte Verlauf des Alkoholismus in Frage kommen. Sollen mit den Criteria Frühdiagnosen gestellt werden (100), oder werden besonders "Spätfälle" (13) diagnostiziert? Unsere Ergebnisse scheinen darauf hinzudeuten, daß mit den Criteria eine Frühdiagnose des Alkoholismus gestellt wird. Inwieweit diese Frühdiagnose sinnvoll

ist, ist bis heute umstritten. Die Befürworter der Frühdiagnose (21,25) sehen in ihr analog zu anderen Erkrankungen die einzige Chance einer effektiven Therapie und verstehen nicht, "warum es schlechter gehen muß, bevor es besser geht" (95). Demgegenüber betonen die Skeptiker (30,11), daß der erfolversprechendste Zeitpunkt für das Einsetzen der Therapie erst am Tiefpunkt der "Alkoholikerkarriere" zu erwarten ist. Die Einstellung des Patienten zur Therapie scheint aber von der Einstellung der Bevölkerung zum Alkoholmißbrauch allgemein (17) abhängig zu sein.

5. Ein nicht unerheblicher Teil der Fehlqualifikationen hat letztlich ihre Ursache in dem von den Criteria-Experten angegebenen Schema selbst. Die vielfältige Unterteilung der Criteria und deren diagnostische Bewertung konnte in dieser Untersuchung nur zum Teil geprüft werden. Die Unterteilung in die beiden Symptomen-Spuren ist nicht vollständig verständlich. Grob entspricht die Spur I den Schäden, die durch Alkoholmißbrauch entstehen, und die Spur II der Abhängigkeit des Alkoholikers, die kürzlich als Syndrom (24) beschrieben wurde. Diese Unterteilung ist von uns nicht untersucht worden. Die Unterteilung in Haupt- und Nebenkriterien, bzw. in Diagnoseebenen stieß bald nach Erscheinen der Criteria auf Kritik (61), da sie sich zum Teil gegenseitig ausschließt. Wir konnten zeigen, daß die Criteria, unabhängig von der ihnen gegebenen Bezeichnung, gut oder schlecht trennten. Somit scheint die Bezeichnung Haupt- oder Nebenkriterium nicht gerechtfertigt zu sein. Die Bezeichnung der Diagnoseebenen ist von den Autoren selbst mehrfach abgemildert worden; aus "must be diagnosed" wurde "forces to diagnosis" für die Diagnoseebene 1. Wir können keine Aussage über die zwingende Diagnose-

stellung bei Criteria der einzelnen Diagnosestufen machen, sondern nur das Verhalten der Criteria der einzelnen Diagnosestufen zueinander beurteilen. Nach unseren Ergebnissen unterscheiden sich die Criteria der Diagnoseebene 1 und 2 nicht in ihrem Verhalten in bezug auf die Diagnosestellung; auch die Criteria der Diagnoseebene 3 zeigen nur einen sehr geringen Unterschied zu den beiden anderen. Unsere Untersuchungsergebnisse können die Einteilung in die drei Diagnoseebenen nicht bestätigen. Demgegenüber stellt eine Untersuchung bei amerikanischen Ärzten eine gute Übereinstimmung des Urteils der Criteria-Experten mit dem klinischen Eindruck der Ärzte für die Diagnoseebene 1 heraus (37). Eine Aussage über die zeitliche Abfolge des Auftretens der Criteria kann aufgrund unserer Untersuchung nicht gemacht werden. Im Vergleich zu anderen Untersuchern (87, 106) fallen allerdings einige diskrepante Beurteilungen von früh, mittel oder spät auftretenden Symptomen des Alkoholismus auf. Über Interkorrelationen von einzelnen Symptomen liegen in der Literatur, abgesehen von komplexen Faktorenanalysen, auf die wir aus methodischen Gründen verzichteten, wenig Angaben vor. Die meisten der von uns beobachteten Interkorrelationskoeffizienten lassen sich zwanglos erklären. Das Criterion Kontrollverlust korreliert hoch mit den Criteria Alkoholmenge über 300 ml/die und Große Schlucke. Dieses Ergebnis ist analog zu der Angabe, daß Patienten mit Kontrollverlust häufig Symptome von kontinuierlichem Abusus zeigen (30). Näher eingegangen soll hier noch auf die Interkorrelationen zwischen dem Criterion Delirium tremens und anderen Criteria werden. Die Korrelation zwischen Delirium tremens und Fettleber ergibt nur einen mittleren Wert im Gegensatz zu der

wiederholt angegebenen Verbindung zwischen Delir und Lebererkrankungen (29,8). Die niedrige Interkorrelation zwischen Delir und Familienstörungen, Klagen der Ehepartner, Selbstmordversuche ist wieder analog zu beschriebenen Beobachtungen (34). Ebenso ist früher berichtet (29), daß die konsumierte Alkoholmenge und das Auftreten eines Delirium tremens geringe Beziehungen zueinander haben. Die bei den Patienten der Poliklinik zusätzlich erhobenen Zusammenhänge zwischen Delir und Alter der Patienten entsprechen ebenso wie die zwischen Delir und Delta-Alkoholismus früheren Beobachtungen (29). Die von Ärzten der Poliklinik getroffene Einteilung in Delta- und Gamma-Alkoholismus wird durch das Ergebnis, daß das Criterion Kontrollverlust und die Klassifikation Delta-Alkoholiker sich ausschließen, gut bestätigt. Wie schon früher erwähnt, haben wir Kontrollverlust als "Nichtaufhörenkönnen" nach JELLINEK verstanden.

Nach unserer Meinung sind die Criteria in der vorgelegten Form als Diagnose-Schema nicht geeignet, da sie bei Berücksichtigung aller Faktoren zu viele falsche Diagnosen liefern. Es ist aber durch die konsequente Verbindung von somatischen, psychologischen und sozialen Criteria mit solchen des Trinkverhaltens ein erfolversprechender Weg aufgezeigt, der durch Verminderung der Criteria-Anzahl und veränderte Gewichtung zu einem Diagnoseinstrument führen kann, das den früher beschriebenen Erfordernissen gerecht wird.

5.5. Zuverlässigkeit der erhobenen Daten

Für die Beurteilung der Zuverlässigkeit der von uns erhobenen Daten stehen nur Teilinformationen zur Verfügung. Betrachtet man nur das Ergebnis der in den Fragebogen eingebauten Lügenitems, so könnte man zu dem Schluß kommen, es gebe bei Alkoholkranken keine größere "Verleugnungstendenz" als bei Nichtalkoholkranken. Aus dem Vergleich der Selbst- und Fremdbeurteilung aber heraus wird deutlich, daß bei Alkoholkranken eine stärkere "Verleugnungstendenz" besteht. Es scheint aber weniger ein bewußtes "Verleugnen" als ein "Sich-nicht-bewußt-machen" von Symptomen zu sein. Gerade daher tritt wohl bei den Lügenitems kein unterschiedliches Verhalten der Alkoholkranken hervor. Die mangelhafte Aussagekraft von Untersuchungen mit reiner Selbstbeurteilung und die Überlegenheit der Fremdbeurteilung ist durch mehrere Untersuchungen belegt (104, 105). MAC ANDREW berichtet (71), daß selbst bei freiwilligem Aufenthalt in einer Heilstätte bei Items, die das Trinkverhalten betreffen, eine deutliche "Verleugnungstendenz" nachzuweisen ist. In dem Vergleich der beiden Untersuchungsinstrumente MAST und SMAST stellt SELZER (103) allerdings keine Differenzen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung fest. Auffallend ist, daß bei unserer Untersuchung die Criteria "Finanzielle Schwierigkeiten" und "Schwierigkeiten mit Vorgesetzten" eine sehr deutliche "Verleugnungstendenz" aufweisen, wofür sich allerdings auch bei einer anderen Untersuchung (80) ein Anhalt findet. Auch das Criterion "Morgendliches Trinken" wird dort als

ein Criterion mit geringer Zuverlässigkeit dargestellt. Vielleicht spielt hier die von EWING (25) vertretene Ansicht eine Rolle, der Alkoholkranke "verleugne" eher Symptome, die ihm als zum Alkoholismus gehörig bekannt seien. Ein Beispiel könnte das Criterion "Black out" sein, über das auch eine andere Untersuchung (106) berichtet.

Die Erklärung für die "Irrtümer", d.h. negative Fremdbeurteilung bei positiver Selbstbeurteilung, ergibt sich sowohl für Alkoholiker als auch für Nichtalkoholiker aus den Begleitumständen der Untersuchung. Die Patienten waren zum Teil nur mäßig konzentriert, da die Untersuchungen zu ungünstigen Zeitpunkten des Tages stattfinden mußten. Eine Überbeantwortung bei Alkoholikern der "skid-row" Gruppe zum Zweck der Krankenhausaufnahme (vgl. 22) konnte bei unserer Untersuchung nicht gefunden werden. Bei den Kontrollpersonen wurden einige Selbstbeurteilungsfragen mißverstanden, daraus erklären sich viele "Irrtümer" in dieser Gruppe.

Durch die Kombination von Selbst- und Fremdbeurteilung sind unsere Daten, wie wir glauben, von ausreichender Zuverlässigkeit, so daß sich der organisatorische Mehraufwand durchaus zu lohnen scheint.

6. Schlußbemerkungen

Bei der Bearbeitung der Criteria, die als Summe aller bekannten Informationen über Symptome des Alkoholismus vorgelegt wurden, erweisen sich letztlich diejenigen Criteria als diagnostisch besonders hilfreich, die bei Ärzten vielfach nicht erkannt werden, die dem literarisch interessierten Laien aber durch hervorragende Schilderungen bekannt sind; wie auch die entscheidenden Anstöße zur Beschäftigung mit dem Problem Alkoholismus von Laien, nämlich den Anonymen Alkoholikern, ausgegangen sind. Die diagnostischen Schwierigkeiten, von denen so viel die Rede war, sind aber vergleichsweise gering zu den therapeutischen Problemen, die der Alkoholismus bietet. Gerade angesichts der eingangs erwähnten Zuwachszahlen des Alkoholismus unter den Jugendlichen wird letztlich alles auf eine wirkungsvolle Prävention ankommen, die wahrscheinlich weniger durch äußere Reglementierung zu erreichen sein wird, als dadurch, daß den jungen Menschen eine soziale Zukunft und eine geistige Heimat geboten wird. C.G. JUNG (60) gibt in einem Brief an Anonyme Alkoholiker als hilfreiche Formel zur Bekämpfung des Alkoholismus aus: "spiritus contra spiritum", was sicher in der Prävention des Alkoholismus ein Wegweiser sein könnte.

7. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit versucht, die 1972 veröffentlichten "Criteria for the Diagnosis of Alcoholism" auf deutsche Verhältnisse anzuwenden und an deutschen Patienten zu validieren. Es soll geklärt werden, wie sich zwei Gruppen von männlichen Alkoholkranken und Nichtalkoholkranken unterscheiden, und wie sich die durch die Criteria festgestellten Unterschiede zur Beschreibung und Wertung der Criteria heranziehen lassen.

Im einleitenden Überblick über die Literatur zur Diagnosestellung des Alkoholismus wird die Notwendigkeit der Diagnosestellung begründet, und in chronologischer Reihenfolge werden frühere diagnostische Ansätze und Diagnose-Instrumente beschrieben.

Aus den Criteria wurde ein Untersuchungsinstrument, bestehend aus drei Teilen (Selbstbeurteilung, semistandardisiertes Interview, Krankengeschichte), entwickelt. Mit diesem Instrument wurden 40 männliche Alkoholkranke und 80 männliche Kontrollpersonen - beides Patienten des gleichen Krankenhauses - untersucht; die Daten von 80 weiteren männlichen Alkoholkranken, die von ROLLE (96) mit dem gleichen Instrument untersucht worden sind, werden in dieser Arbeit ebenfalls verwendet. Die Daten der insgesamt 200 Patienten wurden zur Beurteilung der Criteria nach verschiedenen statistischen Verfahren ausgewertet.

Die Grunddaten der Untersuchung zeigen ein mittleres Lebensalter der Alkoholkranken von 37,8 Jahren; die Trennungshäufigkeit für Verheiratete ist bei Alkoholkranken fünfmal größer als bei Nichtalkoholkranken. Bei den Berufen der Alkoholkranken überwiegen

deutlich Facharbeiter; die Arbeitslosigkeit ist bei ihnen vielfach höher als bei Nichtalkoholkranken.

Zwanzig der 87 Criteria waren bei mehr als 66% der Alkoholkranken sicher vorhanden, 23 bei weniger als 5%. 18 der untersuchten Criteria weisen eine Differenz der Bejahungshäufigkeiten von Alkoholikern und Nichtalkoholikern von größer als 50 auf, 17 einen Validitätskoeffizienten größer als 0.5. Beim Vergleich von "Symptomenbereichen", die aus den Criteria gebildet wurden, fallen deutliche Unterschiede im Trennverhalten auf. Aus der Analyse des Vorhandenseins einzelner Criteria der "Symptomenbereiche" läßt sich bei 10% der Nichtalkoholkranken die Verdachtsdiagnose Alkoholismus stellen.

Die Eignung der Criteria in der angegebenen Form als Diagnose-Schema konnte nicht bestätigt werden, da bei 53% der Nichtalkoholkranken falsch positive Diagnosen resultierten, und die Einteilung der Criteria in Haupt- und Nebenkriterien und in drei Diagnoseebenen einer experimentellen Prüfung nicht standhielten.

Da die verwendeten Items mit den Criteria zum Teil nur inhaltlich übereinstimmten, mußten verschiedene Probleme der Untersuchungsmethodik analysiert werden. Für die Mehrfachvertretung von Criteria durch Items unterschiedlichen Inhalts und durch Items gleichen Inhalts in verschiedenen Untersuchungsschritten konnte ein deutlicher Summationseffekt beobachtet werden. Die oft zitierte Verleugnungstendenz der Alkoholiker konnte beim Vergleich der Selbst- und Fremdbeurteilung bestätigt werden; beim Vergleich der mituntersuchten Lügenitems aus dem FPI zeigten sich keine Unterschiede.

In der Diskussion werden die gefundenen Ergebnisse mit denen anderer Autoren verglichen und interpretiert. Hinsichtlich der Häufigkeiten der beobachteten Criteria stimmt unsere Untersuchung mit vielen anderen überein. Zur Bewertung der Criteria als Diagnose-Schema wird versucht, eine praktikable Definition des Alkoholismus als Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit zu geben. Die hohe Anzahl von falsch positiven Diagnosen erklärt sich daraus, daß "echte" Alkoholiker unter den Kontrollpersonen verborgen waren, daß "Patienten" mit "Patienten" verglichen wurden und daß viele Criteria bei uns anders als in den USA bewertet werden. Zusätzlich mag der phasenhafte Verlauf des Alkoholismus eine Rolle spielen, so daß unter den falsch positiven Diagnosen sich "Frühdiagnosen" befinden. Einen nicht unerheblichen Teil der Fehlqualifikationen verursacht schließlich das Schema selbst; es ist daher in der vorgelegten Form als Diagnose-Schema nicht geeignet. Durch die konsequente Verbindung von somatischen, psychologischen und sozialen Criteria ist aber ein erfolgversprechender Weg aufgezeigt.

Literaturverzeichnis

- 1 ARMOR,D.J.,A.S.COUCH: Data Text Primer. An Introduction to Computerized Social Data-Analysis (1972) The Free Press New York
- 2 AUCH,W.: Ein Überblick über die Aufnahme-,Wiederaufnahmeziffern und Behandlungszeiten Alkoholkranker von 1950-1963
Nervenarzt 37 (1966) 76
- 3 AUFRECHT,D.: Die alkoholische Myocarditis mit nachfolgender Lebererkrankung und zeitweiliger Albuminurie
Dtsch. Archiv. f. klinische Med. 54 (1895) 615
- 4 BACON,S.D.: Social settings conducive to Alcoholism
J. of the Am. Med. Ass. 164 (1957) 177-186
- 5 BARCHHA,R.,M.A.STEWART,S.B.GUZE: The Prevalence of Alcoholism Among General Hospital Ward Patients
Am. J. Psychiat. 125 1968 681-684
- 6 BENJAFIELD,M.B.,L.F.RUTTER: Diagnostic Tests in Alcoholism
Brit. J. Addict. 67 1972 231-234
- 7 BLANE,H.T.,W.F.OVERTON,M.E.CHAFETZ: Social Factors in the Diagnosis of Alcoholism I. Characteristics of the Patient
Quart. J. Stud. Alcohol 24 (1963) 640-663
- 8 BODE,J.CH.,E.WÖLTGE,O.KAHM,C.KORB: Leberschäden bei chronischen Alkoholikern mit und ohne Delirium tremens
Dtsch. Med. Wschr. 101 (1976) 1081-1087
- 9 BOLLINGER,O.: Über die Häufigkeit und Ursachen der idiopathischen Herzhypertrophie in München
Dtsch. Med. Wschr. 12 (1884) 367

- 10 BOLTE, H.D.: Alkoholkardiomyopathie
Münch. Med. Wschr. 118 (1976) 355-360
- 11 BRIDGES, P.K.: Diagnosing alcoholism
The Lancet 1972 ii 928
- 12 CAHALAN, D., J.H. CISIN, H. CROSSLEY: American Drinking
Practices
Publ. Division Rutgers Center of Alcohol Studies
New Brunswick, New Jersey 1969
- 13 CHAFETZ, M.E.: Alcoholism Criteria: An important
step
Am. J. Psychiat. 129 1972 214-215
- 14 CRITERIA COMMITTEE, National Council on Alcoholism:
Criteria for the Diagnosis of Alcoholism
Am. J. Psychiat. 129 1972 127-134
- 15 DIETRICH, H., L. HERLE: Über Alter, Sozialschicht,
Mobilität und Wohnort chronischer Alkoholiker
Köln. Soziol. Sozialpsychol 15 (1963) 277-295
- 16 EDDY, N.B., H. HALBACH, H. ISBELL, M.H. SEEVERS: Drug
Dependence: its Significance and Characteristics
Bull. Org. mond. Santé 32 1965 721-733
- 17 EDITORIAL: Diagnosing Alcoholism
The Lancet 1972 ii 691
- 18 EDWARDS, G.: Patients with Drinking Problems
Brit. Med. J. 4 1968 435-437
- 19 EDWARDS, G.: Epidemiology Applied to Alcoholism
A Review and an Examination of Purposes
Quart. J. Stud. Alcohol 34 (1973) 28-56

- 20 EDWARDS,G.: The Meaning and Treatment of Alcohol Dependence In: Ed. SILVERSTONE,T.,B.BARRACLOUGH Brit. J. Psychiat. Spec. Publ. No 9 (1975) 239-252
- 21 EDWARDS,G.: The Alcoholic Doctor, A Case of neglect The Lancet 1975 ii 1297
- 22 EDWARDS,G.,V.WILLIAMSON,A.HAWKER,C.HENSMANN: London's Skid Row The Lancet 1966 i 249-252
- 23 EDWARDS,G.,A.HAWKER,C.HENSMANN,J.PETO,V.WILLIAMSON: Alcoholics Know or Unknow to Agencies: Epidemiological Studies in a London Suburb Brit. J. Psychiat. 123 (1973) 169-183
- 24 EDWARDS,G.,M.M.GROSS: Alcohol dependence, a provisional description of a clinical syndrome Brit. Med. J. 1 1976 1058-1061
- 25 EWING,J.A.,B.A.ROUSE: Identifying the "Hidden Alcoholic" Paper presented at 29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence, Sydney N.S.W., Australia, February 3, 1970
- 26 FEUERLEIN,W.: Der Alkoholismus in sozialpsychiatrischer Sicht Medizin. Klinik 62 (1967) 922-926
- 27 FEUERLEIN,W.: Der Alkoholiker in der ärztlichen Praxis Heilkunst 82 (1969) 269-277
- 28 FEUERLEIN,W.: Therapie des Alkoholismus Münch. Med. Wschr. 36 1970 1611-1619

- 29 FEUERLEIN, W.: Abstinenzsymptome und Alkohol-
psychosen
Dtsch. Med. J. 23 1972 510-513
- 30 FEUERLEIN, W.: Chronischer Alkoholismus
Entstehungsbedingungen - Therapie
Nervenarzt 43 1972 389-398
- 31 FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und
Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte,
Psychologen und Sozialpädagogen
1975 Thieme-Verlag Stuttgart
- 32 FEUERLEIN, W.: Editorial Alkohol und Suizid
Münch. Med. Wschr. 118 (1976) AM 201-202
- 33 FEUERLEIN, W., G. KUNSTMANN: Die Häufigkeit des
Alkoholismus, Vergleich zwischen verschie-
denen Krankenanstalten
Münch. Med. Wschr. 115 (1973) 1991-1996
- 34 FEUERLEIN, W., D. VOIT: Psychische Folgekrankhei-
ten des chronischen Alkoholismus
Internist 16 1975 1-5
- 35 FEUERLEIN, W., H. KÜFNER, CH. RINGER, K. ANTONS: Kurz-
fragebogen für Alkoholgefährdete (KFA)
Eine empirische Analyse
Arch. Psychiat. Nervenkr. 222 1976 139-152
- 36 FEUERLEIN, W., CH. RINGER, H. KÜFNER, K. ANTONS:
Münchener Alkoholismus Test (MAT)
Münch. Med. Wschr. im Druck
- 37 FILSTEAD, W. J., M. J. GOBY, N. J. BRADLEY: Critical
Elements in the Diagnosis of Alcoholism. A
National Survey of Physicians
J. of the Am. Med. Ass. 236 1976 2767-2769

- 38 FISHER, J.C., R.C. MASON, J.V. FISHER: A Diagnostic Formula for Alcoholism
J. Stud. Alcohol 37 (1976) 1247-1255
- 39 FLIMM, H.: Interview
"Das Band zu Millionen" Zeitschrift des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V.
11/12 1969
- 40 FOLDENAUER, A.: Zur Diagnose des chronischen Alkoholismus
Dtsch. Med. Wschr. 101 (1976) 1506-1507
- 41 FRANKE, M.: Ausmaß und Situation von Alkoholmißbrauch und Alkoholismus in der BRD
Öff. Gesundh.-Wesen 39 (1977) 73-78
- 42 GERCHOW, J.: Alkohol und Verkehrssicherheit
Dtsch. Med. J. 23 1972 518-521
- 43 GLATT, M.M.: Drinking Habits of English (Middle Class) Alcoholics
Acta. psychiat. scand. 37 1961 86-113
- 44 GLATT, M.M.: Alcoholism in "Impaired" and Drunken Driving
The Lancet 1964 i 161-163
- 45 GOLDMANN, L.M.: The Role of the General Practitioner in the Diagnosis and Management of Alcoholism
Aust. J. Alcm Drug Depend. 1 1974 43-46
- 46 GROOT, DE G.W., J.D. ADAMSON: Responses of Psychiatric Inpatients to the MacAndrew Alcoholism Scale
Quart. J. Stud. Alcohol 34 (1973) 1133-1139

- 47 GUZE, S.B., V.B. TUASON, M.A. STEWART, B. PICKEN: The Drinking History: A Comparison of Reports by Subjects and their Relatives
Quart. J. Stud. Alcohol 24 (1963) 249-260
- 48 GUZE, S.B., D.W. GOODWIN: Consistency of Drinking History and Diagnosis of Alcoholism
Quart. J. Stud. Alcohol 33 (1972) 111-116
- 49 HAENEL, U., R. HEUSER: Die chronische Pankreatitis und ihre Folgen im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel
Münch. Med. Wschr. 109 1967 1857-1864
- 50 HELL, D., P. SIX, R. SALKELD: Vitamin-B1-Mangel bei chronischen Äthylikern und sein klinisches Korrelat
Schweiz. Med. Wschr. 106 (1976) 1466-1470
- 51 HELMCHEN, H.: Befunde und Anamnesen von klinisch aufgenommenen Alkoholikern
Dtsch. Med. J. 23 1972 505-509
- 52 HIPPIUS, H.: Alkoholismus - Einführung
Dtsch. Med. J. 23 1972 501-502
- 53 HOLZGREVE, W.: Suchtgefährdung in unserer Gesellschaft
Kriminalstatistik 7 (1973) 1
- 54 HORN, J.L., K.W. WARNBERG: Symptom Patterns Related to Excessive Use of Alcohol
Quart. J. Stud. Alcohol 30 (1969) 35-38
- 55 HOYT, D.P., G.M. SEDLACEK: Differentiating Alcoholics from Normals and Abnormals with the MMPI
J. clin. Psychol. 14 (1958) 69-74

- 56 HUSS,M(AGNUS): Chronische Alkoholskrankheit
oder Alcoholismus chronicus. Ein Beitrag zur
Kenntnis der Vergiftungs-Krankheiten nach
eigener und anderer Erfahrung. Aus dem Schwe-
dischen übersetzt mit Änderungen und Zusätzen
des Verfassers von Gerhard van dem Busch, 1852
C.E. Fritze, Stockholm und Leipzig
- 57 JELLINEK,E.M.: Phases in the Drinking History
of Alcoholics
Quart. J. Stud. Alcohol 7 (1946) 1-38
- 58 JELLINEK,E.M.: The Disease Concept of Alcoholism
Yale University Press 1960 New Haven
- 59 JELLINEK,E.M.: Alcoholism, a Genus and Some of
its Species
Canad. Med. Ass. J. 83 1960 1341-1345
- 60 JUNG,C.G.: Brief an Mr. William G. Wilson, A.A.
vom 30. Januar 1961, Küsnacht-Zürich
- 61 KAL,E.F.: Contradictions in the Alcoholism
Criteria
Am. J. Psychiat. 130 1973 606
- 62 KELLER,M.: Definition of Alcoholism
Quart. J. Stud. Alcohol 21 (1960) 125-134
- 63 KELLER,M.: On the Loss-of-Control Phenomenon
in Alcoholism
Brit. J. Addict. 67 1972 153-166
- 64 KIELHOLZ,P.: Erscheinungsformen und Verbrei-
tung des Alkoholismus
Dtsch. Med. J. 23 1972 502-505

- 65 LACHNIT,V.,H.TASCHNER: Alkoholschäden und ihre sozialmedizinische Bedeutung (6-Jahres-Statistik einer internen Abteilung)
Wien. Med. Wschr. 124 1974 639-643
- 66 LIEBER,C.S.: Hepatic and Metabolic Effects of Alcohol
Gastroenterology 65 (1973) 821-838
- 67 LINDNER,H.: Alkoholmißbrauch - Eine häufig nicht erkannte Ursache innerer Krankheiten
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene 6 (1971) 31-35
- 68 LINT,DE J.: The Status of Alcoholism as a Disease
A Brief Comment
Brit. J. Addict. 66 1971 108-109
- 69 LINT,DE J.,W.SCHMIDT: Consumption Averages and Alcoholism Prevalence. A Brief Review of Epidemiological Investigations
Brit. J. Addict. 66 1971 97-107
- 70 LUTTEROTTI,VON A.: Frühsymptome des chronischen Alkoholismus
Münch. Med. Wschr. 106 (1964) 2203-2207
- 71 MACANDREW,C.: The Differentiation of Male Alcoholic Outpatients from Nonalcoholic Male Psychiatric Outpatients by Means of the MMPI
Quart. J. Stud. Alcohol 26 (1965) 238-246
- 72 MACANDREW,C.,R.H.GEERTSMA: An Analysis of Responses of Alcoholics to Scale 4 of the MMPI
Quart. J. Stud. Alcohol 24 (1963) 23-28
- 73 MACANDREW,C.,R.H.GEERTSMA: A Critique of Alcoholism Scales Derived from the MMPI
Quart. J. Stud. Alcohol 25 (1964) 68-76

- 74 MANSON, M.P.: A Psychometric Determination of
Alcoholic Addiction
Am. J. Psychiat. 106 (1949) 199-205
- 75 MAYFIELD, D., G. MCLEOD, P. HALL: The CAGE-Que-
stionnaire: Validation of a New Alcoholism
Screening Instrument
Am. J. Psychiat. 131 (1974) 1121-1123
- 76 MELLOR, C.S.: The Epidemiology of Alcoholism
In: Ed. SILVERSTONE, T., B. BARRACLOUGH
Brit. J. Psychiat. Spec. Publ. No 9
(1975) 252-262
- 77 MILLER, S., E. HELMICK, L. BERG, P. NUTTING, G. SHORR:
Alcoholism: A Statewide Program Evaluation
Am. J. Psychiat. 131 (1974) 210-214
- 78 MÖBIUS, P., S. SCHIRMER: Über die Verbreitung des
Alkoholismus und seine Ermittlung mit Hilfe
eines Erfassungsbogens
Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 21 1969
361-373
- 79 MOORE, R.A.: The Diagnosis of Alcoholism in a
Psychiatric Hospital
Am. J. Psychiat. 128 (1972) 1565-1569
- 80 MORSE, R.M., W.M. SWENSON: Spouse Response to a
Self-Administered Alcoholism Screening Test
J. Stud. Alcohol 36 (1975) 400-405
- 81 MÜLLER, E.: Anamnestic Kriterien der chroni-
schen Alkoholabhängigkeit
Dtsch. Med. Wschr. 100 (1975) 1438-1439
- 82 MÜLLER, P., F. REGLI, M. MEYER: Die alkoholische
Myopathie
Dtsch. Med. Wschr. 93 (1968) 1043-1046

- 83 MULFORD, H.A.: Stages in the Alcoholic Process
J. Stud. Alcohol 38 (1977) 563-583
- 84 MULFORD, H.A., D.E. MILLER: Drinking in IOWA
IV. Preoccupation with Alcohol and Definitions
of Alcohol, Heavy Drinking and Trouble Due to
Drinking
Quart. J. Stud. Alcohol 21 (1960) 279-291
- 85 NYLANDER, I.: Children of Alcoholic Fathers
Acta Paediat. (Uppsala) 49 suppl 121 (1960)
- 86 ORTMANS, H., K. EISENBERG: Bedeutung biochemischer
Meßwerte bei Diagnostik und Verlaufskontrolle
alkoholbedingter Lebererkrankungen
Med. Klinik 71 1976 380-384
- 87 PARK, P., P.C. WHITEHEAD: Developmental Sequence
and Dimensions of Alcoholism
Quart. J. Stud. Alcohol 34 (1973) 887-904
- 88 PITTMAN, D.J. Editor: Alcoholism
1967 Harper and Row New York
- 89 PITTMAN, D.J.: Transcultural Aspects of Drinking
and Drug Abuse, Vortrag 16. Internationales
Seminar für Verhütung und Behandlung des Al-
koholismus, Lausanne 1970, hrsg. Int. Council
of Alcohol and Addiction, Lausanne
- 90 POKORNY, A.D., B.A. MILLER: The Brief MAST: A Shor-
tened Version of the Michigan Alcoholism
Screening Test
Am. J. Psychiat. 129 (1972) 342-345
- 91 REICH, T., L.N. ROBINS, R.A. WOODRUFF, M. TAIBLESON,
C. RICH, L. CUNNINGHAM: Computer-Assisted Derivation
of a Screening Interview for Alcoholism
Arch. Gen. Psychiat. 32 1975 847-852

- 92 RIMMER, J., T. REICH, G. WINOKUR: Alcoholism V.
Diagnosis and Clinical Variations among Alcoholics
Quart. J. Stud. Alcohol 33 (1972) 658-666
- 93 RINGER, CH., H. KÜFNER, W. FEUERLEIN, K. ANTONS:
Evaluation of the "Criteria for the Diagnosis of Alcoholism" An empirical study
J. Stud. Alcohol im Druck
- 94 RITTER, U.: Zur Alkoholpankreatitis
Dtsch. Med. Wschr. 90 1965 382-386
- 95 ROBINSON, D.: The Alcoholic's Addiction.
Some Implications of Having Lost Control over the Disease Concept of Alcoholism
Quart. J. Stud. Alcohol 33 (1972) 1028-1042
- 96 ROLLE, A.:
Inaug. Diss. München i. Druck
- 97 ROSEN, A.C.: A Comparative Study of Alcoholic and Psychiatric Patients with the MMPI
Quart. J. Stud. Alcohol 21 (1960) 253-266
- 98 SCHMIDT, L.: Behandlung von Alkoholkranken
Dtsch. Med. J. 23 1972 522-526
- 99 SCHUSTER, E.: Epidemiologie des Alkoholismus
Öff. Gesundh.-Wesen 39 (1977) Sonderheft 1
2-11
- 100 SEIXAS, F.A., S.C. KAIM, L.A. CLOUD: Comment (to Alcoholism Criteria: An Important Step)
Am. J. Psychiat. 129 1972 215-216
- 101 SEIXAS, F.A.: Dr. Seixas replies
Am. J. Psychiat. 130 1973 606

- 102 SELZER, M.L.: The Michigan Alcoholism Screening Test: The Quest for a New Diagnostic Instrument
Am. J. Psychiat. 127 1971 1653-1658
- 103 SELZER, M.L., A. VINOKUR, L. VAN ROOIJEN: A Self-Administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST)
J. Stud. Alcohol 36 (1975) 117-126
- 104 STONE, A.R., J.O. NEUSTADT, S.D. IMBER, E.N. NASH:
An Interview Method for Assessing Alcoholism
Am. J. Ortho Psychiat. (1965) 564-572
- 105 SUMMERS, T.: Validity of Alcoholics' Self-Reported Drinking History
Quart. J. Stud. Alcohol 31 (1970) 972-974
- 106 TRICE, H.M., J.R. WAHL: A Rank Order Analysis of the Symptoms of Alcoholism
Quart. J. Stud. Alcohol 16 (1958) 636-648
- 107 TROTTER, T.: An Essay, Medical, Philosophical, and Chemical on Drunkenness, and its Effects on the Human Body. Second Edition
1804 Longman, Hurst, Rees, and Orme, Paternoster-Row, London
- 108 VOGELBERG, K.H.: Alkoholismus und Stoffwechsel-erkrankungen
Dtsch. Med. Wschr. 101 (1976) 1199-1202
- 109 WIESER, S.: Das Trinkverhalten der Deutschen. Eine medizin-soziologische Untersuchung
1972 Nicolaische Verlagsbuchhandlung, Herford
- 110 WIESER, S., W. FEUERLEIN: Über die Prävalenz des Alkoholismus (Alkoholmißbrauch und Alkohol-abhängigkeit) im Bundesland Bremen
Fortschr. Neurol. Psychiat. 44 1976 447-461

- 111 WIETHOLZ, H., I. P. COLOMBO: Das Verhalten der gamma-Glutamyltranspeptidase und anderer Leberenzyme im Plasma während der Alkohol-Entziehungskur
Schweiz. Med. Wschr. 29 1976 981-987

9. Anhang

Tab.1: Liste der Criteria

1. Hauptkriterien

Spur I: Physiologisch und klinisch

A. Physiologische Abhängigkeit

a. Entzugssymptome

- Grobschlägiger Tremor
- Halluzinose
- Entzugsanfälle
- Delirium tremens (Tremor, Orientierungsstörung, Halluzinationen)

b. Toleranzentwicklung

- Blutalkoholspiegel über 1,5‰ ohne Vergiftung
- 300 ml Alkohol pro Tag

B. Klinische Erscheinungen

- Leberverfettung
- Alkohol-Hepatitis
- Leberzirrhose
- Pankreatitis
- Chronische Gastritis
- Anämie
- Gerinnungsstörungen
- Wernicke-Korsakow-Syndrom
- Alkoholische Kleinhirndegeneration
- Hirnatrophie
- Zentrale pontine Myelinolyse
- Marchiafa-Bignami's-Krankheit
- Polyneuropathie
- Toxische Amblyopie
- Alkoholische Myopathie
- Alkoholische Kardiomyopathie
- Beriberi
- Pellagra

c. Weniger wichtig-indirekt

- Hypoglykämie
- Hypochlorämische Alkalose
- Niedriger Magnesiumspiegel
- Milchsäureerhöhung
- Harnsäureerhöhung
- Hypokaliämie
- GPT-Erhöhung
- GOT-Erhöhung
- Bromthaleintest
- Bilirubinerhöhung
- Urobilinogenerhöhung im Harn
- Albumin/Globulin-Relation
- Anämie
- Prothrombinerhöhung
- Thrombozytopenie
- EKG-Auffälligkeiten
- Verminderter REM-Schlaf
- Verlust von delta-Schlaf
- andere EEG-Befunde
- Verminderte Immunantwort
- Vermindertes Ansprechen im Synacthentest
- Chromosomenabnormalität

Spur II: Verhalten, Psychologische Einstellung

A. Verhalten

a. Direkte Wirkungen

früh

- Trinken in großen Schlucken
- Heimliches Trinken
- Morgendliches Trinken

mittel

- Wiederholte Abstinenzversuche

spät

- Exzessiver Alkoholrausch
- Skid Row

Spur II: Verhalten, Psychologische Einstellung

- Trinken gegen strenge, bekannte medizinische Kontraindikation
- Trinken gegen strenge, bekannte soziale Kontraindikation
- Subjektive Klagen über Kontrollverlust

2. Nebenkriterien

Spur I: Physiologisch und klinisch

A. Direkte Wirkungen

a. früh

- Geruch der Atemluft nach Alkohol

b. mittel

- Alkoholfacies
- Gefäßkongestationen
- Toxische Amblyopie
- Zunahme der Infektionshäufigkeit
- Herzarrhythmien
- Polyneuropathie

B. Indirekte Wirkungen

a. früh

- Tachykardie
- Gesichtsrötung
- Nachtschweiß

b. mittel

- Ekchymosen
- Brandwunden
- Hyper- bzw. Hyporeflexie

c. spät

- Toleranzverlust

C. Laboruntersuchungen

a. Wichtig-direkt

- Blutalkoholspiegel jemals über 30‰
- Blutalkoholspiegel über 1‰ bei Routineuntersuchung

b. Wichtig-indirekt

- Serumosmolalität

b. Indirekte Wirkungen

früh

- Medizinische Entschuldigungen für Arbeitsausfall
- Wechsel von einem alkoholischen Getränk zum anderen
- Bevorzugung von Kneipen
- Interessenverlust

spät

- Beschäftigungen, die das Trinken erleichtern
- Häufige Autounfälle
- Psychiatrische Behandlung von Familienmitgliedern
- Häufiger Wohnungswechsel
- Angstlösende Mechanismen
- Wutanfälle oder Selbstmordhandlungen

B. Psychologische Einstellung

a. Direkte Wirkungen

früh

- Häufige Anspielungen auf Alkoholmittel
- Trinken zur Beseitigung von Unlust

b. Indirekte Wirkungen

früh

- Ungeklärte Veränderungen in der Umwelt
- Vorwürfe des Ehepartners
- Bedeutende Familienzerwürfnisse
- Arbeitsplatzverlust

spät

- Offenes Zutagetreten von regressiven Abwehrmechanismen
- Verbitterung, Eifersucht, paranoide Haltung
- Depressionssymptome
- Gefühl, den Verstand zu verlieren

Tabelle 2: Pathologisch gewertete Laborwerte

Criteria - Item	Laboruntersuchung	path. Wert
Anämie	Hämoglobin im Blut	♀ : < 12g% ♂ : < 13g%
Gerinnungs- störungen	"Prothrombin"-Zeit nach Quick Thrombozytenzahl	< 70% < 100 000/mm ³
Hypoglykämie	Blutzucker	< 70mg%
Hypochlorämische Alkalose	pH im Blut Chloride i. Serum	> 7,45 < 97mval/l
Niedriger Mag- nesium-Spiegel	Magnesium im Serum	< 1,4mval/l
Milchsäure-Er- höhung	Milchsäure im Serum	> 112mg%
Vorübergehende Harnsäure-Erhö- hung	Harnsäure im Serum	> 7mg%
Kalium-Verminderung	Kalium im Serum	< 3,8mval/l
SGPT-Erhö- hung	SGPT im Serum	> 20iU/l
SGOT-Erhö- hung	SGOT im Serum	> 20iU/l
Bromsulfo- phthalein- Test-Erhö- hung	Bromsulfo- phthalein i. Serum 45min p.i.	> 0,5mg%
Bilirubin-Erhö- hung	Bilirubin i. Serum	> 1,1mg%
Erhöhung der Uro- bilinogen-Ausschei- dung im Harn	Urobilinogen im Harn	> 0,3mg/24h
Umgekehrtes Verhält- nis der Albumine/ Globuline i. Serum	Albumin i. Serum -Globulin i. Serum	

Tabelle 3:

Alkoholgehalt von verschiedenen alkoholischen Getränken

Durchschnittswerte in Gewichtsprozent

Bier	4%
Weiß- und Rotwein	10%
Süd-, Frucht- wein, Most	15%
Wermutwein	15%
Sekt	12%
Liköre	30%
Schnaps	40%

Tabelle 4:

Criteria und dazugehörige Fragen des Selbstbeurteilungsfragebogens (SBF)

"Trinken trotz strenger dem Patienten bekannter Kontraindikation".

1. Hat der Arzt Ihnen das Trinken von Alkohol streng verboten?
2. Wenn der Arzt Ihnen das Trinken von Alkohol streng verboten hat, haben Sie dann dennoch getrunken?

"Trinken trotz strenger, festgestellter sozialer Kontraindikation (Arbeitsplatzverlust wegen Trunkenheit, Ehescheidung wegen Trinkens, Verhaftung wegen Trunkenheit, Lenken eines Fahrzeugs im betrunkenen Zustand)".

1. Sind Sie schon einmal wegen Fahrens unter Alkoholeinfluß mit der Polizei in Konflikt gekommen?
2. Haben Sie schon einmal wegen Trinkens von Alkohol Ihren Arbeitsplatz verloren?
3. Hat es wegen Ihres Trinkens schon einmal Familienprobleme gegeben?
4. Sind Sie oder/und Ihre Familie schon einmal wegen Ihres Trinkens in finanzielle Schwierigkeiten geraten?
5. Ist Ihre Ehe wegen Trinkens schwer gefährdet oder schon auseinander gegangen?

"Subjektive Klagen des Patienten über Kontrollverlust beim Alkoholkonsum".

1. Haben Sie nach den ersten Gläsern ein unwiderstehliches Verlangen weiter zu trinken?

"Verminderte Toleranz"

1. Vertragen Sie nicht mehr soviel Alkohol wie früher?

"Trinken in großen Schlucken"

1. Trinken Sie häufig ein Glas Wein oder Bier in einem Zug aus?

"Heimliches Trinken"

1. Suchen Sie Gelegenheit, wo Sie ohne Wissen der anderen ein paar Gläser trinken können?
2. Können Sie den Alkohol besser genießen, wenn Sie alleine sind?
3. Haben Sie zu Hause oder im Betrieb einen kleinen versteckten Vorrat mit alkoholischen Getränken?

"Morgendliches Trinken"

1. Trinken Sie regelmäßig vor dem Mittagessen bzw. vor dem zweiten Frühstück Alkohol?

"Wiederholte, bewußte Abstinenzversuche"

1. Haben Sie schon öfter versucht, längere Zeit ohne Alkohol auszukommen?

"Verlust des Interesses an Aktivitäten, die nicht direkt mit Trinken zusammenhängen".

1. Hat sich in den letzten Jahren Ihr Interesse an einem beruflichen Fortkommen vermindert?
2. Haben Sie in den letzten Jahren einige Ihrer Lieblingsbeschäftigungen aufgegeben?

"Vorgeschichte, nach der sich Familienmitglieder einer psychiatrischen Behandlung unterzogen haben. Schulische und Verhaltensstörungen bei den Kindern".

1. Ist es bei Ihren Kindern zu Schul- oder Entwicklungsstörungen gekommen? (z.B. Schuleschwänzen, Bettnässen u.a.)
2. Ist oder war einer Ihrer Familienangehörigen in psychiatrischer oder nervenärztlicher Behandlung?

"Wutausbrüche oder Selbstmordhandlungen während des Trinkens".

1. Sind Sie unter Alkoholeinfluß schon einmal handgreiflich geworden oder haben Sie Gegenstände zertrümmert?
2. Haben Sie schon einmal damit gedroht, sich selbst umzubringen?

"Trinken, um Angst, Schlaflosigkeit, Ermüdung, Niedergeschlagenheit oder soziales Mißbehagen zu erleichtern".

1. Hatten Sie in der letzten Zeit öfters Schlafstörungen oder Alpträume?
2. Trinken Sie gerne Alkohol, wenn Sie müde oder niedergeschlagen sind oder sich ärgern?
3. Fühlen Sie sich sicherer, selbstbewußter, wenn Sie Alkohol getrunken haben?

"Nicht geklärte Veränderungen in der Familie, in sozialen oder beruflichen Verhältnissen; Klagen über die Ehefrau, den Arbeitsplatz oder Freunde".

1. Haben Sie das Gefühl, daß auf Ihre Freunde kein Verlaß ist?
2. Sind Sie in Ihrem Beruf zufrieden?
3. Machen Ihnen Vorgesetzte und Kollegen Schwierigkeiten?
4. Haben Sie den Eindruck, daß sich Ihre Freunde von Ihnen zurückziehen?
5. Haben Sie sich in der letzten Zeit aus Ihrem Bekanntenkreis zurückgezogen?

"Die Ehefrau beklagt sich über Trinkgewohnheiten, vom Patienten oder ihr selbst berichtet".

1. Macht Ihnen Ihr Ehepartner Vorwürfe wegen Ihres Trinkens?

"Bedeutende Familienschwierigkeiten, Trennung, Scheidung, Drohung mit Scheidung".

1. Haben Sie das Gefühl, daß Sie sich mit Ihrem Ehepartner nicht mehr richtig verstehen?
2. Hat Ihnen Ihr Ehepartner einmal mit Scheidung gedroht?
3. Leben Sie getrennt von Ihrem Ehepartner oder Ihrer Familie?

"Arbeitsplatzverlust (herrührend von zunehmenden zwischenmenschlichen Schwierigkeiten), häufiger Arbeitsplatzwechsel, finanzielle Schwierigkeiten".

1. Haben Sie erhebliche finanzielle Schwierigkeiten?

"Offenbarer Ausdruck mehr regressiver Abwehrtendenzen, Verleugnung, Projektion".

1. Glauben Sie, daß Sie mehr trinken als andere Leute?
2. Glauben Sie, daß an Ihrem Trinken andere Leute mitschuldig sind?
3. Haben Sie wegen Trinkens schon öfter mit anderen Leuten Schwierigkeiten bekommen?

"Verstimmung, Eifersucht, paranoide Haltung".

1. Fühlen Sie sich zur Zeit verbittert wegen Ihrer Probleme und Schwierigkeiten?
2. Haben Sie manchmal das Gefühl, bedroht oder verfolgt zu werden?
3. Glauben Sie, daß Ihre Frau Sie betrügt und hintergeht?

"Depressionssymptome: Isolation, Weinen, Beschäftigtsein mit Selbstmordgedanken".

1. Ist Ihnen schon irgendwann der Gedanke gekommen, sich selbst umzubringen?
2. Haben Sie das Gefühl, Sie bräuchten mehr Kontakt mit anderen Menschen?
3. Haben Sie sich schon öfter mit dem Gedanken beschäftigt, sich selbst umzubringen?
4. Fühlen Sie sich in der letzten Zeit allein und einsam?

"Er fühlt, er verliere den Verstand".

1. Hatten Sie schon einmal das Gefühl den Verstand zu verlieren?

Tabelle 5:

Lügenitems aus dem Freiburger-Persönlichkeits-Inventar (FPI)

- 701 Ich bin hin und wieder ein wenig schadenfroh.
- 702 Manchmal habe ich Gedanken, derer ich mich schämen muß.
- 703 Manchmal stecke ich voller Tatendrang und ein anderes Mal kann ich mich zu keiner richtigen Arbeit aufraffen.
- 704 Ich bin manchmal mürrisch und schlecht aufgelegt.
- 705 Hin und wieder gebe ich ein wenig an.
- 706 Ich sage immer die Wahrheit.
- 707 In Gesellschaft ist mein Benehmen meistens besser als zu Hause.
- 708 Meine Tischmanieren sind zu Hause weniger gepflegt als in Gesellschaft.
- 709 Ab und zu lache ich über einen unanständigen Witz.
- 710 Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich sofort tun sollte.
- 711 Manchmal bin ich zu spät zu einer Verabredung oder zur Schule gekommen.
- 712 Ab und zu erzähle ich auch mal eine Lüge.
- 713 Ich kann nicht jeden leiden, den ich kenne.
- 714. Als Kind habe ich ab und zu mal genascht,

Tab. 6: Erkrankungen der untersuchten
Kontrollpersonen (n=80)

1. Chirurgische Erkrankungen (n=35)

Frakturen (Unterschenkel, Wirbelsäule)	23
Degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates	4
Commotio cerebri	4
Osteomyelitis	3
Magenulkus	1

2. Innere Erkrankungen (n=45)

Herz-, Kreislaufversagen	7
Pneumonie	6
Diabetes mellitus	5
Leukämien	5
Morbus Hodgkin	4
Gastro-Duodenitis	3
Nephrolithiasis	2
Chronische Niereninsuffizienz	2
Multiples Myelom	2
Anämien	2
Sonstige Erkrankungen	4
Unbekannte Diagnosen	3

Tab. 7: Liste der Criteria
(geordnet nach der im Bewertungsbogen
verwendeten Reihenfolge)

Kenn- ziffer	T e x t	Criteria- Einteilung
101	Grobschlägiger Tremor	H I 1
102	Entzugsanfälle	H I 1
103	Wernicke-Korsakow-Syndrom	H I 2
104	Kleinhirn-Degeneration	H I 1
105	Hirnatrophie	H I 2
106	Zentrale pontine Myelinolyse	H I 2
107	Marchiafava-Bignami-Krankheit	H I 2
108	Polyneuropathie	H I 2
109	Toxische Amblyopie	H I 3
110	Hyperreflexie oder Hyporeflexie	N I 3
201	Halluzinose	H I 1
202	Delirium tremens	H I 1
203	Alkoholische "black out" Perioden	H I 2
204	Angstlösende Mechanismen	N II 2
205	Wutausbrüche und Selbstmordhandlungen während des Trinkens	N II 2
206	Gefühl, den Verstand zu verlieren	N II 2
207	Psychiatrische Behandlung von Familienangehörigen	N II 3
208	Offener Ausdruck von regressiven Abwehrmechanismen	N II 3
209	Verbitterung, Eifersucht, paranoide Haltung	N II 3
210	Depressionssymptome	N II 3
301	Med. Entschuldigungen für Arbeitsunfähigkeit	N II 2
302	Verlust des Interesses an Aktivitäten	N II 2
303	Trinken wegen Ärgers, Schlaflosigkeit, Ermüdung, Depressionen, sozialem Mißbehagen	N II 2
304	Ungeklärte Veränderungen in familiären, sozialen und beruflichen Verhältnissen	N II 3

305	Erhebliche familiäre Störungen	N II 3
306	Arbeitsplatzverlust	N II 3
307	"Skid row"	N II 2
308	Wahl von Arbeitsplätzen, die den Alkoholkonsum erleichtern	N II 3
309	Häufige Kfz-Unfälle	N II 3
310	Häufiger Wohnungswechsel	N II 3
401	Fettleber	H I 2
402	Alkoholische Hepatitis	H I 1
403	Laennec-Zirrhose	H I 2
404	Pankreatitis	H I 2
405	Chronische Gastritis	H I 3
406	Anämien	H I 3
407	Gerinnungsstörungen	H I 3
408	Alkohol-Myopathie	H I 2
409	Alkoholische Kardiomyopathie	H I 2
410	Beri-Beri	H I 3
411	Pellagra	H I 3
412	Tachycardie	N I 3
413	Nächtliche Schweißausbrüche	N I 3
414	Foetor alcoholicus	N I 2
415	Alkohol-Facies	N I 2
416	Gefäßkongestionen	N I 2
417	Häufung von Infektionskrankheiten	N I 3
418	Herz-Arrhythmien	N I 3
419	Ekchymosen	N I 3
420	Brandwunden	N I 3
501	Blutalkoholspiegel über 3‰	N I 1
502	Blutalkoholspiegel über 1‰	N I 1
503	Serum-Osmolalität	N I 2
504	Hypoglykämie	N I 3
505	Hypochlorämische Alkalose	N I 3
506	Niedriger Magnesium-Spiegel	N I 2
507	Milchsäure-Erhöhung	N I 3
508	Vorübergehende Harnsäure-Erhöhung	N I 3
509	Kalium-Verminderung	N I 3

510	SGPT-Erhöhung	N I 2
511	SGOT-Erhöhung	N I 3
512	Bromthaleintest-Erhöhung	N I 2
513	Bilirubin-Erhöhung	N I 2
514	Urobilinogen-Erhöhung im Harn	N I 2
515	Albumin-Globulin-Relation	N I 2
516	EKG-Abnormalitäten	N I 2
517	Veränderungen des REM-Schlafes	N I 3
518	Verlust des Delta-Schlafes	N I 3
519	andere EEG-Abnormalitäten	N I 3
520	Verminderte Immunantwort	N I 3
521	Vermindertes Ansprechen auf Synacthen-Test	N I 3
522	Chromosomen-Schaden	N I 3
601	Blutalkoholspiegel über 1,5‰ ohne aus- geprägte Vergiftungserscheinungen	H I 1
602	Konsum von etwa 1/3 l reinem Alkohol und mehr am Tag	H I 1
603	Trinken trotz strenger med. Kontraindikation	H II 1
604	Trinken trotz strenger sozialer Kontraindikation	H II 1
605	Subjektive Klagen des Patienten über Kontrollverlust	H II 2
606	Trinken in großen Schlucken	N II 3
607	Heimliches Trinken	N II 2
608	Morgendliches Trinken	N II 2
609	Wechsel des alkoholischen Getränks	N II 2
610	Aufsuchen von Trinkkumpanen, Bars, Kneipen	N II 2
611	Eingestehen des Alkoholabusus	N II 2
612	Klagen des Ehepartners	N II 2
613	Toleranzbruch	N I 3
614	großer Alkoholabusus	N II 1
615	Wiederholte bewußte Abstinenzversuche	N II 2
701	Lügenitems aus dem Freiburger	
714	Persönlichkeitsinventar	

Tab. 8: Unterteilung der Criteria in Symptomen-
bereiche

1. Somatischer Bereich

101	108	404	411	418	507	514	521
102	109	405	412	419	508	515	522
103	110	406	413	420	509	516	601
104	202	407	414	503	510	517	613
105	401	408	415	504	511	518	
106	402	409	416	505	512	519	
107	403	410	417	506	513	520	

2. Psychopathologischer Bereich

201	203	204	205	206	208	209
210	302					

3. Psychosozialer Bereich

301	304	305	306	307	309	310	612
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

4. Bereich des Trinkverhaltens

303	414	501	502	602	603	604	605
606	607	608	609	610	611	614	615

Danksagung

Herrn Prof. Dr. med., Wilhelm FEUERLEIN verdanke ich Thema und wohlwollende Beratung meiner Arbeit; ihm und seinen Mitarbeitern in der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie möchte ich an dieser Stelle für manchen wertvollen Hinweis und die kollegiale Aufnahme danken.

Ebenfalls danke ich den Herren Chefärzten des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing Prof. Dr. med. BEGEMANN, Dr. med. HOFMEISTER, Prof. Dr. med. KAESS, Prof. Dr. med. KÖNIG, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. KUHLMANN, Prof. Dr. med. MEHNERT und Dr. med. SCHMID für die Erlaubnis, auf ihren Abteilungen Patienten untersuchen zu dürfen. Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei den zahlreichen Mitarbeitern des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, die mir bei der Auswahl der Kontrollpersonen behilflich waren.

Lebenslauf

- 5.3.1952 Geboren in Berlin als Sohn des Arztes Peter Kerp und seiner Ehefrau Brigitte Kerp, geb. Friedrich.
- 1958-1961 Besuch der Grundschule in Berlin.
- 1961 Übersiedelung nach Prien am Chiemsee.
- 1961-1962 Besuch der Grundschule in Prien am Chiemsee.
- 1962-1971 Besuch des humanistischen Chiemgau-Gymnasiums in Traunstein.
- 1971 Ablegung der Reifeprüfung.
- 1971-1977 Studium der Medizin an der Ludwig Maximilians-Universität in München.
- 1972 Ablegung des Vorphysikums.
- 1973 Ablegung des Physikums.
- Nach bestandenem Physikum Weiterstudium nach der Approbationsordnung für Ärzte mit dreiteiliger Ärztlicher Prüfung.
- 22.11.1974 Eheschließung mit der Medizinstudentin Gabriele Kerp, geb. Künzner.
- 1976/1977 Ausbildung im "Praktischen Jahr" am Dr. v. Haunerschen Kinderspital, an der II. Medizinischen Klinik der Universität und an der II. Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing.
- Nov. 1977 Approbation als Arzt.

